



هبة الألم

لماذا نُعذّب وما موقفنا من ذلك

د. بول براند وفيليب يانسي



ترجمة : آراك الشوشان



هِبَة الألم

لماذا نُعذَّب وما موقفنا من ذلك


بسم الله الرحمن الرحيم

هِبَة الألم

لماذا نُعذَّب وما موقفنا من ذلك

د. بول براند وفيليب يانسي

ترجمة

آراك الشوشان

هِبَة الألم

لماذا نُعذّب وما موقفنا من ذلك

د. بول براند وفيليب يانسي

الطبعة الأولى

١٤٤٠هـ/٢٠١٩م



Business center 2 Queen
Caroline Street, Hammersmith,
London W6 9DX, UK

www. Takween-center.com
info@Takween-center.com

تصميم الغلاف :



+966 5 03 802 799
المملكة العربية السعودية – الخبر
eyadmousa@gmail.com

إهـــداء الترجمة

إلى السيّدة المعطاءة المربّية الفاضلة

التي لولا دعمها وهمّتها ما خرج هذا العمل إلى النور

إلى الأستاذة: فاطمة بنت صالح القنّاص

أو «أمّي»

المحتويات

الموضوع	الصفحة

مقدمة المترجمة

بسم الله، والصلاة والسلام على رسول الله، **أما بعد:**

فقد شرُفت بعرض مركز تكوين للدراسات والأبحاث لترجمة الكتاب الذي بين يديك، وأود استفتاح هذه السطور بالتعبير عن كامل احترامي لمهنية المركز العالية خلال فترة ترجمة الكتاب التي طالت وتجاوزت الجدول المتاح لها.

ثم أُثني بالثناء على اختيار المركز لترجمة هذا الكتاب حيث يتناول موضوعاً استثنائياً تنازعته المدارس الفلسفية بينما تناوله مؤلفاه من منظور مُغاير: الطبّ. وكما هو كذلك، فهو يقدّم سجلاً توثيقيّاً لأهم محطات الثورة العلمية خلال القرنين المنصرمين بأعلامها وعلمائها وأحداثها.

اخترتُ ألا أعرّف بالمؤلف ليعرفه القارئ بنفسه خلال قراءته كتابه، حيث سيتعرّف إلى إنسان أحدث فعلاً تغيّرات حقيقية نلمس أثرها اليوم في التعامل مع مرضى السكري بالرغم من أن مدخله لذلك كان دراسة طب الجُذام، الذي دخله أساساً بقدرٍ لم يتوقّعه حيث ابتدأ حياته مهندساً.

وكما تُلزمني عقيدتي الإقرار لأهل الفضل بفضلهم، تُلزمني أن ألفت نظر القارئ الكريم إلى أنّ الطبيب المؤلّف تبشيري من عائلة تبشيرية، ويقرّ بذلك في مواضع عدّة وإن كانت قليلة، وعليه فإنّ المعاني الدينية التي يوردها ينبغي أن لا تخرج عن سياقاتها وتُفهم في إطارها المسيحي الذي

يعتنقه المؤلف. كما سيلحظ القارئ بعض الاعتراضات على الأقدار الإلٰهية التي ينقلها المؤلف عن المرضى والتساؤلات التي ينبغي عدم طرحها كما هي بين يدي الخالق ﷻ.

أزعم أني اجتهدتُ ما استطعتُ في نقل المعاني والتراكيب والأفكار بأقرب قالب لغوي ممكن، ما أضمره المؤلف أضمرته، وما عبّر عنه صراحةً عبّرت عنه بالمستوى ذاته من الصراحة. أما ما رأيت تبيينه فأبنته. وواجهت خلال ذلك بعض القضايا الرئيسية التي أهمّها:

قضية المصطلح واللفظ:

١ ـ يستخدم مصطلحات طبية ومصطلحات مسيحية مثل (flesh) و(body) ويفرق بينهما، الكلمة الأولى تعني: البدن، والثانية: الجسم أو الجسد. لم يتم استخدام كلمة البدن في الترجمة ذلك أنه لم يُرَ أنها ستكون متّسقة مع السياق وستقدّم المعنى غير واضح، ذلك أنّ كلمة البدن قليلة الاستعمال في اللغة العربية، وسياقاتها محددة، وليست شائعة شيوعها في النص الإنجليزي، وعليه تم استبدالها بالجسم أو الجلد، كيفما ناسب السياق.

٢ ـ جزء كبير من الكتاب يتمحور حول تصوّر الألم في الذهن أو العقل، وعبّر عنه بمفردة (mind). تم اختيار كلمة «الذهن» لتكون مقابل هذه اللفظة وذلك ـ كما فهمته من واقع السياقات ـ لتأثير الوضع النفسي في التعامل مع الألم، وليس العقل المعبّر عن الإدراك والمنطق المتجرّد. سيجد القارئ مفردة «العقل» مستخدمة في سياقاتٍ ضيقة ومحددة.

٣ ـ المُصطلحات الطبية مثل «الإقفار» (ischemia)، استُخدم مقابلها العربي إذا وُجِد وشاع استخدامه سعياً لتعريف القارئ بالثراء اللغوي في المتون الطبية العربية.

٤ ـ تمّ استخدام المفردات المعبّرة ـ بحسب ظني ـ التعبير الأقرب لمقصود الكاتب مع مراعاة لغته الأدبية مثل كلمة أورَة (aura) التي تعني: ذروة الشيء.

قضية الأسماء والعناوين:

يذكر الكاتب كثيراً من الأعلام والأسماء والعناوين، وكانت الطريقة المتّبعة في الترجمة والتعريب كالتالي:

أ ـ تمّت نقحرة الأسماء والأعلام ثم كتابة حروفها باللاتينية عند ظهورها أوّل مرة ثم الاكتفاء بالنقحرة عند تكرر ظهورها، مثل: بول براند (Paul Brand).

ب ـ أسماء الأماكن مثل «The New Life Center» والمستشفيات، تمت ترجمتها وتقديم نقحرة لها مع استخدام النقحرة طوال النص، وذلك بهدف المحافظة على روح النّصّ الأجنبي واتباعاً لعادة المترجمين في عدم ترجمة الأسماء، لكن إذا ما وُجد مُصطلح متّفق على ترجمته وله استخدام عالمي مثل «منظمة الصحة العالمية The World Health Organization» تم استخدام ترجمته بالعربية. أيضاً تمّت إضافة المعلومات التي تُساعد القارئ في تصوّر الموقف الوارد، مثل (قوات القصف الألماني) والإجازة السبتية ومادة النوفوكايين (novocaine).

ت ـ المعلومات التي يسع القارئ البحث عنها، أو ورد في النص ما يُعرّف بها، فتمّ تعريبها أو ترجمتها مع كتابة اسمها بالإنجليزية.

قضية التراكيب والأسلوب:

١ ـ نُقلت بعض التراكيب الغريبة على ما أعرفه من التراكيب العربية ليتّضح أسلوب المؤلف وليكتسب القارئ تراكيبَ جديدة، مثل:

«قبل أن يُقدّم موقف حرج نفسه».

الجملة الأصلية: not unitl a real emergency presented itself.

«أن يبتلع كبرياء».

العبارة الأصلية: «to swallow his pride».

٢ ـ تم الحفاظ على بعض الاستعارات الوصفية مثل «صيحة cry»

و«همسة whisper» التي يستخدمها المؤلف في سياق وصف مستويات رسائل الألم.

٣ ـ تمّت إضافة المعنى الضمني بين معكوفتين ليكون جزءاً من السياق بما لا يؤثر على المعنى، مثل:

«وبالرغم من انتشاره، فإنه من النادر أن يُؤثر الجذام على أكثر من ١ بالمئة من سكان منطقةٍ معينة. هناك بعض الاستثناءات، كما علِمت، والمنطقة المحيطة بفيلور في الهند كانت أحد هذه الاستثناءات: في أربعينيات القرن العشرين كانت نتيجة اختبار الجُذام لأكثر من ٣ بالمئة من سكان المنطقة إيجابية [أي: ثبتت إصابتهم بالجُذام]».

مع التنويه إلى أنه ما بين المعكوفتين في الحوارات المقتبسة هو من إضافة المؤلف.

٤ ـ في الفصل الثاني عشر المعنون بعبارة «إلى البايو»، تم توضيح معنى البايو في الهامش، ويُذكر هنا أنّه تم اختيار «البايو» وليس أرض الجداول حفاظاً على المعنى الثقافي المرتبط بالمنطقة.

قضية الهوامش:

سيلحظ القارئ وفرة الهوامش على مدى قراءته لفصول الكتاب. كلّ هامش أورده المؤلف ذُيّل بكلمة «المؤلّف» وكلّ هامشٍ اختارت المترجمة وضعه ذيّل بكلمة «المترجمة». والغرض من هذه الهوامش هو إما إضافة معلومات تُساعد على تقريب المعاني المقصودة في السياق، أو للتعريف بالأعلام والأسماء المذكورة لتتضح أهمية ذكرها في المتن وعلاقتها بالكاتب، أو توضيح موقف ديني تعتقد المترجمة صحّته.

وأخيراً قضية العنوان:

اقترحت اللجنة العلمية في المركز مشكورةً محترمةَ الرأي ترجمة «The Gift of Pain: why we hurt and what we can do about it» إلـــى:

«هبة الألم: لماذا **نتألّم** وما موقفنا من ذلك»، ولهذا الرأي ما يسنده بالنظر إلى ثقافة المتلقي وخلفيته المفاهيمية المتعلّقة بالألم والعذاب. واخترت بعد إذنها ترجمة «why we hurt» إلى «لماذا **نُعذَّب**» ذلك أنّ جزءاً كبيراً من فهمنا للألم متعلّق بأنّه جزء من العذاب الإلٰهي والعقوبات المستحقّة، وذلك من واقع ما ذكره المؤلف في الفصول الأخيرة من الكتاب، وخصوصاً الفصل السابع عشر.

كلّ ما أصبت فيه في هذا السِّفر فهو من توفيق الله وحده، وكل ما جانب الصواب فيه فهو ما جنته يديّ.

آراك الشوشان

الرياض

ربيع الثاني، ١٤٤٠هـ

تصدير

بقلم: سي. إيفيريت كوب، الطبيب العالم (ت٢٠١٣م)
(C. Everett Koop, M.D., Sc.D.)

في كلّ مرة أسرح فيها بذهني وأسائل نفسي من يمكن أن أختار لأكونه إن لم أكن سي. إيفيريت كوب؟ بول براند (Paul Brand) هو الذي عادةً ما يخطر لي. عرفتُ محطّات من حياته على مدى سنوات. واستمعتُ إليه متحدثاً في مناسباتٍ عدّة، وكنتُ مأخوذاً بمنهجيته المباشرة ولباقته. ثمّ وبعد أن انضممت لمكتب خدمات الصحة العامة بوصفي جرّاحاً عامّاً في عام ١٩٨١م، وجدتُ، بطريقة ما، أنّه يعمل لأجلي.

بول براند كان يُدير لاحقاً جزءاً من البحث الذي يجري في أقدم مرفق لمرض الجُذام في الولايات المتحدة، مركز مرض غيليز إتش. لونغ هانسين (Gillis H. Long Hansen's Disease Center) في مدينة كارفل (Carville) في ولاية لويزيانا (Louisiana). تقلّصت مسافة التواصل بيننا، وشاهدته يعمل في المعمل، وشهدتُ على تفاعله مع المرضى، ولحظتُ العلاقة الإشرافية المتينة والمخلِصة التي أوجدها بول براند وطلبته، الصغير منهم والكبير، القادر والمعوّق. وخلال مشاهداتي، كان يُدافع عن الصرف الضخم على البحث الذي يجري على الجُذام، المرض الذي

يصيب عدداً قليلاً من مواطني الولايات المتّحدة، وذلك باستعراضه تطبيقات نتائج هذا البحث على المرضى المصابين بالسكّري، المرض الذي يطال ٢٥ مليوناً.

من الممتع رؤية بول براند يعمل! متواضعٌ إذا ما كان من حقه الفخر، لطيف يتجاوز لطفه ما يتطلبه الموقف، لبق للدرجة التي تبدو غير ضرورية، وأخيراً كفؤ، وأكتب ذلك بالبنط العريض.

لم ألبث قليلاً بعد مباشرتي لأعمالي كجراحٍ عامٍ حتى تم استبدال مفصل في يد زوجتي، بيتي (Betty)، اليُمنى بمفصلٍ مصنوع من مادة التيفلون (Teflon) كانت العملية ممتازة، إلا أنّه ونظراً لغياب الانتباه للتفاصيل الدقيقة والجوهرية غير الجذابة خلال مرحلة رعاية ما بعد العملية الجراحية، انتهى بيدها المطاف أن صارت معاقة كليّاً. أسِفت على فقدانها ليدها لوقتٍ قصير، إلا أنها استطاعت مُذ ذاك التعامل مع اليد التي تؤدي وظيفتها ويمكن ثنيها دون أصابعها.

بول براند كان أفضل جرّاح لليد في العالم، لذا أخذتُ بيتي (Betty) إلى مكتب للصحة العامة في مدينة فونيكس (Phoenix) في ولاية أريزونا (Arizona)، حيث كنتُ أعلم أنّ بول سيكون ضمن الفريق الطبي. سألت إذا ما كان بإمكانه أنْ يفحصها لتقديم المشورة، وهذا ما فعله فوراً وبكل سرور. كنت أتأمل تفاعله مع زوجتي ويدها، وكل ما سمعت به عن بول براند وعرفته ثبت عياناً وبطريقةٍ فاتنة. أثبت تواضعه منذ البداية. كانت لباقته لا تُصدّق، ولطفه في تقييم حالتها وتقديمه رأيه كانا كفيلين لإعدادها للأخبار السيئة التي سيلقيها علينا، أمّا كفاءته فكانت مؤطرةً ذلك كلّه.

اعتدتُ أن أقول لطلبة الطب أثناء التدريس: «إذا ما تفحّصت بطن المريض، فركّز على وجهه وليس خصره». أدهشني أكثر ما أدهشني أنّ بول براند، عالماً بما قد يسبب الألم، ثبت عينيه المدرّبتين على وجه بيتي (Betty). اعتذر فوراً عن أي ألمٍ سببه لها. لم يستهتر أبداً بضيقها، إنما

منحها ذلك النوع من الفلسفة المتعلّقة بالألم، ذلك النوع الذي يضع الألم في ملكوتٍ مختلف.

أذكر هذه القصة لتكون مقدمة هذا الكتاب ذلك أنه ـ أي: هذا الكتاب ـ في حين أنّه يقدّم لقارئه قصة حياةٍ أخّاذة فإنّ جوهره الإدراك التدريجي لرجلٍ فردٍ عن الألم، غايته وجذوره والتحرر منه. بوصفه جرّاحاً وعالماً ومفتّشاً وفيلسوفاً مُلهماً باستبصار نادر، أقول: إنّ بول براند قد عاش بين المُبتلين بالألم وعمل معهم. تتسم تجاربه غير العادية بوحدة موضوعية متينة تتيح له تقديم موقفٍ مُدهشٍ للألم. إلا أنّي أقول وقبل أن يخطر لك: إن ذلك يعني: أن تقرأ مستسلماً، فإني أقول لك إنّ دفتي هذا الكتاب تتضمن طرائق رائعة لكلٍّ منا ذلك أنّ بول براند فتح النافذة لأساليب جديدة نرى من خلالها الألم، تلك النافذة التي تُرجمت لما هو قيّم لي ولك.

يُقدّم بول براند فرصةً للنظر إلى الألم بوصفه ليس عدوّاً لك إنما صديقك. أعرف الكثير عن الألم ـ إذ تعاملتُ معه طوال حياتي المهنية ـ إلا أنّي اكتسبتُ فهماً عميقاً له عبر هذا الكتاب. إذا ما كنتُ ضحيةً لألمٍ مُزمن، فإني سأنظر للمعرفة التي اكتسبتها عبر هذا الكتاب بأنها قدرٌ ربّانيٌ سعيد. منحتُ مرّة بول براند ميدالية الجراح العام، أعلى رمز شرفي يُمكن لجراحٍ عامٍ منحه لمواطن. وبعد قراءة هذا الكتاب، لن أتردد في منحه إياه مرّة أخرى.

بالغ احترامي وإجلالي لبول براند

القسم الأوّل

طريقي إلى الطّب

١
كوابيس انعدام الألم

«يهزأُ بالندوب ذاك الذي لم يُكْلَم يوماً»

شكسبير، مسرحية روميو وجولييت

كانت مريضتي تانيا (Tanya) بعمر أربعة أعوام، ذات عينين سوداوين لامعتين وشعرٍ مموجٍ وابتسامةٍ لعوب. كشفت عليها في المستشفى الوطني للجُذام في مدينة كارفِيل (Carville) في ولاية لويزيانا (Louisiana)[١]، حيث أحضرتها والدتها لتشخيصها. كان الجوّ مشحوناً بين الطفلة الصغيرة وأمها، إلا أني لاحظت أنه لا يبدو على تانيا الخوف بشكل مريب. جلست على طرف سرير الكشف وأخذت تشاهدني دون إبداء أي انفعال خلال إزالتي الضمادات المبللة بالدم من قدميها.

اختبرت كاحلها الأيسر المتورّم ووجدت أن الكاحل يتحرك يمنة ويسرة، مما يدل على انفصاله التام عن الساق. جفِلت لحظتها من هذه

---

(١) ولاية لويزيانا هي الولاية الوحيدة التي شاع فيها الجُذام منذ القرن الثامن عشر لذلك أُنشئ المُستشفى الوحيد في الولايات الأمريكية المُتحدة لمعالجة المجذومين ومنه تُرسل البعثات الطبيّة إلى الدول التي يشيع فيها كالهند، لذلك تُعد موطنه وبيت دوائه، وما زالت. (المترجمة).

الحركة غير الطبيعية، على العكس من تانيا. استأنفت إزالة الضمادات، وسألتها، في محاولة منّي لتخفيف حدة التوتر في الغرفة: «هل أنتِ متأكّدة من رغبتك في شفاء هذه التقرحات أيتها السيدة الصغيرة؟»، وأكملت: «لا بد لك من ارتداء الحذاء مجدداً». ضحكت تانيا، وظننت أنه من الغريب أنها لم تجفل ولم تتأوّه خلال إزالتي اللفافة الملتصقة بجلدها. نقّلت تانيا ناظريها في الغرفة متململةً مُتعبة.

لمّا أزلت الضمادة الأخيرة، وجدت تقرّحات مُلتهبة فظيعة في باطن القدمين. جسستُ الجروح بحذرٍ شديد، مختلساً النظر إلى وجه تانيا متطلّعاً لردة فعل. إلا أنها لم تُظهر شيئاً من ذلك. كان المِجَس يندفع بلا صعوبة داخل الأنسجة اللينة المُتهتّكة، حتى إني استطعت رؤية اللون الأبيض البرّاق للعظم المكشوف. ولم تُظهر تانيا رد فعل حتى الآن.

وقفتُ حائراً أمام إصابات الطّفلة، لتحكي لي والدتها قصّتها كالتالي: «بدا أنها بخير حين كانت رضيعة. ربما كانت معنوياتها مرتفعة قليلاً، إلا أنها طبيعية للغاية. لا أنسى اللحظة التي أدركت فيها للمرة الأولى أنها تُعاني من مشكلة حقيقية. كان عمرها سبعة أشهر أو ثمانية. وعادة ما أضعها في الغرفة التي أكون فيها، إلا أني تركتها ذلك اليوم في قفص اللعب وحدها لأُجيب على الهاتف. جلست هادئة، وعليه قررت إعداد الغداء. وكانت فرصة لها للتغيير لتلعب مع نفسها، وكانت سعيدة بذلك إذ كنت أسمع ضحكها ومناغاتها. ابتسمت مُتسائلةً عن المشاغبة الجديدة التي بدأتها.

ذهبت لغرفتها بعد دقائق معدودة لأجدها جالسةً على أرضية القفص ترسم دوائر حمراء بأصابعها على المفرش البلاستيكي الأبيض. لم أستوعب الموقف بالبداية، إلا أني لما دققت النَّظر صرخت. كان موقفاً مُريعاً. أُنمل إصبع تانيا كان مبتوراً وينزف، وكانت تستخدم دمها لرسم تلك الرسومات على المفرش.

صرخت: «تانيا ما الذي حصل!» ابتسمت تانيا ابتسامة عريضة لأرى خيوطاً من الدم على أسنانها. لقد قضمت تانيا طرف إصبعها وكانت تلعب بالدم».

قالت لي والدة تانيا: إنها ووالدها حاولا عبثاً ولشهور بعد الحادثة إقناع ابنتهما بأن الأصابع لا تُقضم. كانت الرضيعة تضحك على التقريع والتحذيرات البدنية، ويبدو طبعاً أن لديها مناعة ضد كل أنواع العقاب. ولتحصل على ما تريده كان كل ما عليها هو رفع إصبعها إلى أسنانها والتظاهر بأنها تقضمه، ليستسلم والداها فوراً. تحوّل ذُعر الوالدين إلى يأس حين صارت الجروح تظهر على أصابع تانيا واحداً تلو الآخر.

روَت والدة تانيا هذه القصة بنبرةٍ جامدةٍ وخاليةٍ من المشاعر كما لو كانت قد تخلّت عن المأزِق المُحير المتمثل في تربية طفل ليس لديه غريزة الحفاظ على النفس. ولتتعقّد المسألة أكثر، والدة تانيا الآن أم عزباء: إذ بعد عام من محاولة التكيف مع وضع تانيا، هجر زوجها العائلة، قائلاً: «إذا كنتِ مُصرّةً على إبقاء تانيا في المنزل، فإنّي أنسحب. لقد أنجبنا مسخاً».

لا تبدو تانيا بالتأكيد كمسخ، فبغض النظر عن تقرّحات قدميها وأصابعها القصيرة تبدو طفلةً سليمةً في الرابعة من عمرها. سألت عن جروح القدمين، فأجابت الأم: «ظهرت ما إن بدأت تانيا بتعلّم المشي. لربما داست على مسمارٍ أو دبّوس وأخرجته دون الانزعاج من ذلك. وأتفحّص حاليّاً قدميها نهاية كل يوم، وغالباً ما أكتشف جرحاً جديداً أو قرحاً مفتوحاً. لا تعرج إذا ما التوى كاحلها، لذلك فهو يلتوي مراتٍ ومرّات. قال لي أخصائي تجبير العظام: إنّها قد أعطبت مفاصلها كليّاً. وإذا ما لففنا قدميها [بضماداتٍ] لحمايتها، فإنها حين تكون غضبانة تمزّقها أحياناً. وقد أحدثت مرّةً ثُقباً في جبيرتها بأصابعها المجرّدة».

حضرت لي والدة تانيا بناءً على توصية ذاك الأخصائي، حيث

قالت: «سمعت عن أن مرضاك المصابين بالجُذام لديهم مُشكلات مُشابهة في الأقدام. هل تعاني ابنتي من الجُذام؟ هل يُمكنك مُعالجة يديها وقدميها». اكتسى مُحيّا أم تانيا بالأسى، التعبير الذي غالباً ما أراه على وجوه والدي المرضى الصغار، التعبير الذي يمزق قلب الطبيب. جلست وحاولت بُلطف شرح حالة تانيا.

للأسف، ما استطعت تقديم سوى قدرٍ قليل من الأمل والطمأنينة. سأجري المزيد من الاختبارات، إلا أنه من الواضح أن تانيا تعاني من عيب جيني نادر معروف باسم «عدم الشعور الخلقي بالألم (congenital indifference to pain)»، كانت سليمة من جميع النواحي عدا واحدة: أنها لا تشعر بالألم. الأعصاب في يديها وقدميها تنقل رسائل حول تغييرات في الضغط والحرارة - حيت تشعر بنوع من الخدر حين تحرق نفسها أو تقطع إصبعاً - إلا أنها لا تنقل أي علامةٍ لأي شعورٍ مُزعج. تفتقر تانيا للتصور الذهني للألم. وعلى العكس من ذلك، تستمتع بالشعور بالخَدر خصوصاً حين يدفع بالآخرين لإظهار ردود فعلٍ دراميّة.

قلت لوالدة تانيا: «يُمكننا مُعالجة هذه الجروح، إلا أنه ليس لدى تانيا نظام تحذير داخلي يحميها من الإصابات المستقبلية. لن يتغيّر شيء حتى تُدرك تانيا المُشكلة وتبدأ بحماية نفسها عن وعي».

وصلتني مكالمة هاتفية بعد سبعة أعوام في مدينة سانت لويس (St. Louis)، وكانت من والدة تانيا. صار عُمر تانيا أحد عشر عاماً، أصبحت في حالة يُرثى لها في مؤسسة رعاية. فقدت تانيا ساقيها كلتيهما عبر البتر: حيث كانت ترفض ارتداء الحذاء المناسب بالإضافة إلى عدم تمكنها من السير عرجاء أو تحملها الثقل حين تقف (لأنها لا تشعر بانعدام الراحة)، مما أضافَ ضغطاً لا يُحتمل على مفاصلها. فقدت تانيا أيضاً أغلب أصابعها، وكان مرفقاها يخرجان من مكانيهما باستمرار. عانت أيضاً من

آثار العفن المُزمن لتقرحات يديها ونتوءات البتر. كما تمزّق لسانها وظلّ أثر ذلك إثر عادتها العصبية في مضغه.

لقّبها والدها بالمسخ، وتانيا لم تكن مسخاً، إنّما مثالٌ متُطرّف - مجاز بشري حقيقي - للحياة دون ألم.

بلا تحذير

حالة تانيا نادرة الحدوث، إلا أن بعض الأحوال مثل الجُذام والسُّكّري وإدمان الكحول والتصلّب اللويحي المتعدد واضطرابات الأعصاب وإصابة النخاع الشوكي تؤدي أيضاً إلى حالة خطرة مخالفة للعادة من انعدام الإحساس بالألم. ومن المثير للسخرية أنه في حين أن مُعظمنا يتنقل بين الصيادلة والأطباء بحثاً عن الشفاء من الألم، يعيش هؤلاء خطراً مدقعاً بسبب غيابه.

عرفتُ أوّل ما عرفت غياب الشعور بالألم خلال العمل مع مرضى الجُذام، المرض الذي يُصيب أكثر من ١٢ مليون إنسان حول العالم. يُثير الجُذام شعوراً بالخوف يُشابه الهستيريا، والسبب الرئيسي لذلك التشوّه المُروع الذي ينتج عنه إذا لم يُعالج. يضمر أنف المجذوم وتتضخم شحمة أذنه، ويفقد مع مرور الوقت أصابع يديه وقدميه، ثم يديه وقدميه، ويُصاب بعض المجذومين بالعمى أيضاً.

بعد عملي لفترة مع المجذومين في الهِند، بدأت بالتساؤل حول الافتراض الطبي القائل بأنّ الجُذام يتسبب بهذه التشوهات. هل تنتن أجساد المرضى؟ أم أن مشكلاتهم، كما في حالة تانيا، تُعزى لسبب خفيّ يتمثّل في انعدام الشعور بالألم؟ يُدمّر المجذوم على الأرجح نفسه بنفسه دون قصد وذلك لسبب بسيط ألا وهو افتقاره الشديد إلى نظام تحذير ضد الخطر. في غمار بحثي هذه النظرية، زُرت مستشفى كبير لمعالجة الجُذام في غينيا الجديدة حيث شهدت مشهدين مروّعين لم يفارقاني.

كانت امرأةٌ في قرية قريبة من مستشفى الجُذام تشوي البطاطا الحلوة

على موقد فحمي، فغرست عوداً حادّاً في إحدى حبات البطاطا وقلّبتها على النّار ـ كانت تُدير العود بين أصابعها كما لو كانت تُدير سيخ شواء. سقطت البطاطا عن العود إلا أنها، خلال ما كُنت أشاهد كيف كانت تحاول بلا جدوى التقاطها، مع كل وخزة تُدخلها أكثر بين الفحم الأحمر الحارّ. أخيراً، هزّت كتفيها وألقت نظرة على رجل كبير في السن يجلس القرفصاء قريباً منها وبحركةٍ منها تحرّك وكان من الواضح أنه يعرف ما يُنتظر منه، فمشى متثاقلاً نحو النار، دخلها، أزاح الفحم الحار لاستخراج البطاطا المدفونة، ثم عاد إلى جِلستِه.

بوصفي جرّاحاً متخصصاً باليد البشرية، ذُعرت. حصل كل شيء بسرعة لم تُمكنني من التدخّل، إلا أني توجّهتُ مُباشرة إلى الرجل المُسن لفحص يديه. لم يكن لديه أي أصابع ما عدا نتوءات مبتورة مُغطاة ببثور وندبات لجروحٍ قديمة. من الواضح أنها ليست هذه المرّة الأولى التي يدسّ فيها يده في النار. ألقيت عليه محاضرةً حول ضرورة العناية بيديه، إلا أن استجابته الفاترة منحتني شيئاً من الاطمئنان إلى أنه قد كان يستمع إليّ.

أنشأت بعد بضعة أيام عيادة جماعية في مستشفى الجُذام المُجاور. أعلن عن زيارتي في وقت مبكّر وفي الوقت المحدد قرع الإداريون جرساً صوته عالٍ لجمع المرضى. وقفت مع بعض أعضاء الطاقم في الساحة المفتوحة، وما إن قُرع الجرس حتى اندفع الناس إلينا من الأكواخ الصغيرة والمنازل. جذب انتباهي مريض شاب متحمّس يواجه صراعاً مع عكازتيه في طرف الفناء رافعاً ساقه اليُسرى المُضمّدة عن الأرض. على الرغم من أنّه بذل ما يستطيعه رغم ضعفه، فقد تجاوزه المرضى الأرشق والأسرع. وخلال ما كنت أتابع هذا المشهد، تأبّط هذا المريض عكّازتيه وبدأ بالركض على كلتي قدميه بسرعة فائقة غير متوازنة، ملوّحاً بيديه تلويحاً قويّاً ليجذب انتباهنا. توقف قريباً من بداية الخط، وقف لاهثاً مُتّكئاً على عكازتيه وقد ارتسمت على مُحيّاه ابتسامة النصر.

أستطيع القول ومن خلال مِشية الرجل إنّ هناك شيئاً سيئاً للغاية. توجّهت إليه ولاحظت أن الضمادات تقطر دماً وأن قدمه اليسرى مرتخية وتتحرك يمنةً ويسرة. بركضه على الكاحل المخلوعة حمّل عظم ساقه ضغطاً عالياً، مما مزّق الجلد بفعل ضغط العظم عليه. كان يمشي على نهاية قصبة الساق، ومع كل خطوة يخطوها كانت العظمة الجرداء تحفر تجويفاً في الأرض. وبّخته المُمرضات بحدّة إلا أنه بدا فخوراً بنفسه لركضه بتلك السرعة. انحنيت إليه ووجدت حُصيات وغُصينات قد التصقت بنهاية العظمة الجرداء حتى وصلت التجويف النقي. لم يكن لدي خيار سوى بتر ما بعد الركبة من الساق.

سيطر هذان المشهدان على تفكيري. أُغلق عيني ولا يغادرني انطباعان اثنان: الانطباع اللامُبالي للرجل المسن الذي التقط البطاطا من النار، والانطباع المُتحمِس الجذل للرجل الشاب الذي ركض قاطعاً الفناء. أحدهما يخسر يده تدريجياً أما الآخر فساقه: ويشتركان في لامبالاتهما بالتدمير الذاتي.

لمحة الخوف

لطالما اعتبرتُ نفسي شخصاً يهتمّ بمرضاه ممن يفتقرون إلى الشعور بالألم، وليس شخصاً يعايش حالتهم هذه حتى كان عام ١٩٥٣م. ذلك العام، وبنهاية برنامج دراسي رعته منظمة روكفيلير (Rockefeller Foundation)[١]، قضيت بضعة أيام في مدينة نيويورك منتظراً العبّارة إيلّ دو فرانس (Ôle -de -France)[٢] لتُبحر قافلةً إلى لندن. استأجرت غرفةً في نُزل طلبة رخيص وأخذت في إعداد خطابٍ استعداداً

---

(١) منظمة روكفيلير (Rockefeller Foundation) منظمة أمريكية غير ربحية تأسست بداية القرن العشرين بغرض تحسين حياة الإنسان حول العالم. (المترجمة).

(٢) عبّارة إيل دو فرانس (ϵle -de -France) اسم لعابرة المُحيط ومنطقة في شمال فرنسا، عاصمتها باريس. (المترجمة).

لإلقائه في اليوم التالي في البعثة الأمريكية للجُذام (American Leprosy Mission). أربعة أشهر من الترحال دقّت ناقوس الخطر أخيراً. كُنتُ مُتعباً ومشوّشاً ومحموماً قليلاً. نمتُ تلك الليلة نوماً عميقاً واستيقظت اليوم التالي وأنا أشعر بتحسنٍ طفيف. مدفوعاً بقوّة العزيمة، قررت مواصلة مشاركتي حيث خضتُ صراعاً خلال إلقاء الخطاب، محارباً لبوادر الغثيان والدُّوار.

لا بد وأنه قد أغمي عليّ خلال عودتي إلى النُزل بمترو الأنفاق ذلك المساء، إذ إني لما استعدتُ وعيي، وجدتُ نفسي مُمداً على أرضية القطار المُهتزة. وبقية الركّاب يحاولون جاهدين صرف أنظارهم عنّي، ولم يقدّم أحدهم أيّ مساعدة، ظنّاً منهم - على الأغلب - أني ثمِل.

نزلت مصادفة في المحطة الصحيحة ومشيت إلى النُّزل عرجاً. أدركتُ أخيراً أنه يتوجب عليّ الاتصال بطبيب، إلا أن غرفتي غير الغالية ليس فيها هاتف. انهرت على سريري تحرقني الحُمّى، حيث ظللت ممدداً طوال الليل حتى اليوم التالي. كُنت أستيقظ كل بضع ساعات، أُحدّق في المحيط الغريب، أحاول النهوض، ثم أغوص في السرير. في وقتٍ لاحقٍ من اليوم ضربت الجرس طلباً لموظف الفندق، أعطيته مالاً ليشتري عصير البرتقال والحليب ومسكّن الأسبيرين.

لم أغادر الغرفة لمدة ستة أيام. والموظف المُخلص كان يتفقدني يوميّاً ويُجدد لي احتياجاتي، ولم أرَ إنساناً غيره. راوحت بين النوم واليقظة. امتطيت في أحلامي جاموس الماء في الهند ومشيت على عكازتين في لندن. حلمت بزوجتي وأطفالي، وكنتُ أشك أحياناً بأن لي عائلةً أصلاً. غابت عني قوايَ العقلية كما البدنية حيث لم أقوَ على النزول والاتصال طلباً للمساعدة أو إلغاء مواعيدي. كنت مستلقياً طوال اليوم في غرفةٍ كانت - بنافذتها التي تُسقط ظلالاً ضيّقة - مُظلمةً كالتابوت.

فُتح بابي في اليوم السادس ونظراً للنور الساطع القادم من جهة

الباب المفتوح تعرّفت بصعوبة الشكل الماثل أمامي: كان الدكتور إيوجين كيليرسبيرغير (Dr. Eugene Kellersberger)[1] رئيس البعثة الأمريكية للجُذام. كان مُبتسماً، حاملاً بكل ذراع كيساً ورقيّاً مليئاً بالمشتريات. بدا د. كيليرسبيرغير لي حينها ملاكاً مُرسلاً من السماء. سألته بوهن: «كيف وجدت محلّي؟».

قال د. كيليرسبيرغير: إني بدوت مريضاً ذلك المساء الذي تحدّثت فيه أمام البعثة، وبعد بضعة أيام اتصل بجرّاح يعلم أني سأقابله وعلم أنّي لم أحضر إلى الموعد، ومدفوعاً بقلقه واهتمامه، انكبّ على الصفحات الصفراء لدليل هواتف مدينة مانهاتن وأخذ يتصل بكل فندق ورد رقمه في تلك الصفحات حتى وجد الموظف الذي تعرّف إلى الشخص الذي وصفه د. كيليرسبيرغير، قائلاً: «براند، نعم، لدينا رجلٌ اسمه براند هنا. شخصٌ غريب. يجلس في غرفته طوال اليوم ويعيش على عصير البرتقال والحليب والأسبيرين».

وبعدما أدركت أني لم أكن أعاني سوى من هجمة سيئة من الإنفلونزا، أرغمني كيليرسبيرغير على المزيد من التغذية واعتنى بي خلال أيامي الأخيرة في الولايات المتحدة وبالرغم من أني ما زلت واهناً وغير متوازنٍ، قررت اللحاق برحلتي المُجدولة على إيل دو فرانس.

على الرغم من أنّي أرحت نفسي طوال الرحلة، وجدت أنّي لما وصلنا ساوثمبتون (Southampton) بعد سبعة أيّام بالكاد أستطيع حمل أمتعتي. كُنت أغرق في عرقي عند أدنى مجهود. استأجَرت حمّالاً لحمل أمتعتي حتى وصولي إلى قطار لندن، حيث جلستُ القرفصاء عند نافذة المقصورة الضيّقة. لم يجذب اهتمامي أي شيء خلف النافذة. كل ما

---

(١) إيوجين كيليرسبيرغير (Dr. Eugene Kellersberger) (١٨٨٨ ـ ١٩٦٦م): كان قسيساً تابعاً للكنيسة المشيخية وتبشيرياً في دولة الكونغو، وأحد الروّاد الذين أولوا اهتماماً بالجُذام وعلاجه. (المترجمة).

كنتُ أريده انتهاء هذه الرحلة لا متناهية الطول. وصلت منزل خالتي وقد استُنزفت بدنياً وعاطفياً.

ومن ثم بدأت أحلك ليلة في حياتي برمّتها. خلعتُ حذائي استعداداً للنوم، تفاجأت بإدراك مُروّع يصفعني بقوّة الكرة المعدنية المُدمّرة: لا أشعر بنصف قدمي. غرقت في الكرسي مصاباً بالدوار. لربما كان هذا وهماً على الأغلب. أغلقت عينيّ وضغطت على كعبي بطرف القلم. لا شيء. لا وجود لأي شعور بأي شيء يلمس المنطقة المحيطة بالكعب.

جثم خوف رهيب أسوأ من أي غثيان على معدتي. هل حصل أخيراً؟ يُدرك كل من يتعامل مع الجُذام أنّ غياب الإحساس بالألم إحدى العلامات الأولية للمرض. هل تبدّلت حالي من طبيب الجُذام إلى المصاب به؟ أجبرت نفسي على الوقوف وحرّكت جسمي للأمام والخلف ضاغطاً على قدمي التي لا أشعر بها. ثم فتّشت في حقيبتي عن إبرة خياطة وجلست مرّة أخرى. أحدثت ثقباً صغيراً تحت كاحلي. لا ألم. غرزت الإبرة غرزاً أعمق، جاسّاً المنطقة بحثاً عن استجابة، إلا أنّه لم يحدث شيء. خرجت نقطة دم غامقة من الفتحة التي أحدثتها. وضعت وجهي بين يديّ مرتجفاً، متوسلاً حدوث الألم الذي لم يحصل.

أعتقد أني لطالما خشيت تلك اللحظة. في أيامي الأولى التي عملت فيها مع المجذومين، كُنت في كل مرة أتحمم فيها أتفحص بشرتي بحثاً عن أي بُقع. أغلب المتعاملين مع الجُذام يفعلون ذلك، أعلم، وذلك بالرغم من استبعاد احتمال الإصابة بالجُذام عن طريق العدوى.

قطعت طرقة على الباب سرحاني فقفزت. كانت خالتي تسألني: «هل أنت بخير يا بول؟ هل تريد بعض الشاي؟».

وجدتُ نفسي عفوياً أُجيب عن سؤالها على طريقة مرضاي المُشخصين حديثاً بالجُذام، مُخفياً ما عندي وبصوت تعمدتُ أن يبدو جذِلاً: «أنا بخير، أحتاج بعض الراحة. لقد كانت رحلةً طويلة»، إلا أن

الراحة لم تزُرني تلك الليلة. استلقيت على السرير بملابسي بعدما نزعت حذائي والجوارب، متعرّقاً وأتنفس بصعوبة.

تغيّر عالمي بعدها منذ تلك الليلة. وقفت مُحارباً لكبرياء المصابين بالجذام. كنت أسخر من احتمالية العدوى، مُطمئناً فريقي أن نسبة الخطر متدنيّة، والآن ستنتشر قصة إصابتي بالعدوى بين جميع العاملين بجميع مراتبهم ومستوياتهم. كيف سيُؤثر ذلك على عملنا؟

كيف سيُؤثر ذلك على حياتي؟ ذهبت إلى الهند معتقداً أني أخدم الرّب عن طريق المساعدة في الشفاء من المعاناة. هل ينبغي عليّ الآن البقاء في إنجلترا والعيش في الظل حتى لا أُحدث أي قلاقل وبلبلة؟ أحتاج إلى فصل نفسي عن عائلتي طبعاً حيث إن للأطفال قابلية غير عادية للعدوى. كم كُنت حالماً حين كُنت أداري المرضى وأقنعهم بمحاربة الجذام كوصمة عار وبناء حياة جديدة لأنفسهم. مرحباً بك يا بول في مجتمع المنبوذين.

أعرف جيداً ما هو متوقّع. ملفات مكتبي مليئة بالرسومات البيانية التي تُفصّل المراحل التدريجية حتى وصول الجسم إلى مرحلة الخدر. ستتسلل من بين يديّ مُتع الحياة العادية. أخذ كلبٍ إلى النُزهة، تمرير اليد على الحرير الفاخر، حمل طفل، كل أشكال الشعور ستكون قريباً في حالٍ واحدة: ميتة.

الجانب العقلاني من ذهني يعمل جاهداً على تهدئة المخاوف ومذكراً إياي أن عقار السُّلفون (sulfone) سيوقف المرض. إلا أنّي فقدت فعلاً العصب المسؤول عن أحد أجزاء قدمي. وأعصاب يدي ستكون التالية على الأغلب. يداي كانت ورقتي الرابحة. لن أتمكن من استخدام المِبضع إذا ما فقدت أيّاً من أعصاب الشعور الدقيقة في أطراف أصابع يديّ. ستنتهي قريباً حياتي المهنية كجرّاح. وبدأت بتقبّل الجُذام كحقيقة من حقائق الحياة: حياتي أنا.

بزغ الفجر أخيراً ونهضت، قلقاً ومُحبطاً. حدّقت في وجهي غير المحلوق في المرآة، متفحصاً أنفي وشحمتي أذنيّ بحثاً عن علامات المرض. كان الأخصائي داخلي قد لعب دوره كاملاً خلال الليل. يتوجب عليّ ألا أذعر. وبما أنّي أعرف عن المرض أكثر مما يعرفه أي طبيب عادي في لندن، فإنه عليّ تحديد الخطة العلاجية. أولاً، عليّ تحديد المناطق المتأثرة التي فقدت الشعور لمعرفة مستوى تقدّم المرض. جلست، وأخذت نفساً عميقاً، ثم غرزت طرف إبرة الخياطة في كعبي، ثم صرخت!

لم يسبق لي أن ذُقت شعوراً لذيذاً كما شعرت به تلك اللحظة، شعوراً حيّاً ومُكهرباً من الألم. قهقهت عالياً من حماقتي. طبعاً! فقد بدا كل شيء منطقيّاً الآن. بما أنّي جلستُ متخشباً في القطار، كان جسدي ضعيفاً حيال الهزّة المتواصلة التي أعادت توزيع الوزن والضغط، وقد قطعت الطريق على الدم فلم يصل إلى الفرع الرئيسي من العصب الوركي في رجلي، مما تسبب بخدر مؤقت. مؤقتاً! كان العصب يُجدد نفسه طوال الليلة الماضية والآن يُرسل رسائل متواصلة للألم واللمس والحر والقرّ. لم يكن هناك أي جُذام، كل ما كان مُسافر مُنهك صار عُصابيّاً[١] بفعل المرض والإعياء.

كانت تلك الليلة الواحدة التي قضيتها ساهراً حدثاً حاسماً. التقطت فيها لمحة عابرة من الحياة دون حسّ ولا ألم، إلا أنها كافية لجعلي أشعر بالذُعر والوحدة. بدت قدمي المُتخدّرة كعضو غريب مزروع في جسمي. كان الوقوف على قدمي لا يختلف عن عدم الوقوف عليها. لن أنسى أبداً وحشة ذاك الشعور الذي يُشبه الموت.

حدث العكس في الصباح التالي لما عرفت أن قدمي عادت إلى

---

(١) حين يُصبح الإنسان عُصابيّاً (eurotic) فذلك يعني: أن ما يُصاب به من أمراض سببها نفسي. (المترجمة).

الحياة. تجاوزت جرُفاً هارياً لأعود إلى الحياة الطبيعية. توجّهت بهذا الدعاء: الحمد لك يا رب على الألم! تلوته مراراً وتكراراً منذ ذلك الحين. قد يبدو هذا الدعاء غريباً عند البعض، ولربما كان متناقضاً أو ماسوشيّاً[١]. أُلهمت هذا الدعاء كانعكاس للشعور بالامتنان. أدركت للمرة الأولى كيف ينظر ضحايا الجُذام بعين الحسد إلينا نحن الذين نشعر بالألم.

عُدتُ إلى الهند مُجَدِّداً التزامي بمحاربة الجُذام ومساعداً مرضاي لتعويض ما قد فقدوه. لقد أصبحت، في الواقع، عضواً ضاغطاً[٢] في مهنتي لصالح الألم.

الأثلاث المتخالفة

تمحورت حياتي المهنية حول موضوع الألم، وبمعايشة ثقافاتٍ مختلفة شهدتُ عن قرب توجّهاتٍ مختلفة حيال هذا الموضوع. تنقسم حياتي إلى ثلاثة أثلاث تقريباً - سبعةٌ وعشرون عاماً في الهند، وخمسةٌ وعشرون عاماً في إنجلترا وأكثر من سبعةٍ وعشرين عاماً في الولايات المتحدة - وتعلّمت من كل مجتمعٍ شيئاً جديداً متعلقاً بالألم.

قضيت فترة الامتياز في لندن حيث كانت تعيش أفظع أيامها ولياليها خلال قصف البليتز (the Blitz)[٣]، حيث كانت قوّات الجوية الألمانية (Luftwaffee) تضرب المدينة الشامخة محوّلةً إياها إلى رُكام. الصعوبات البدنية كانت متواصلة، فكانت النقطة المحورية في كل محادثة تقريباً

---

(١) الماسوشية/المازوخية تعني: التلذّذ المَرَضِي بالألم. (المحرر).

(٢) عضو ضاغط (lobyist): هو الذي يُكرّس نفسه ومجموعته لتحقيق أهداف معيّنة بأساليب ضغط مُعلنة وخفية على من بيده القرار. غالباً ما يعمل في تكتلات (ما يُعرف باللوبي lobby) (المترجمة).

(٣) قصف البليتز (The Blitz) أو قصف لندن: حدث مروّع خلال الحرب العالمية الثانية حيث شنّت ألمانيا غاراتٍ جويّةً متواصلة. (المترجمة).

والصفحات الأولى من الصحف. إلّا أني لم أعش بين الناس مبتهجاً ـ، وأقرأ الآن أن ٦٠٪ من اللندنيين ممن شهِد قصف البلِيتز يعتبر تلك الفترة أسعد فترة في حياتهم.

انتقلت بعد أن حطّت الحرب أوزارها إلى الهند، وذلك في الفترة التي مزّق فيها التقسيم[١] الأمّة. في أرض الفقر والبؤس الذي ينهش الجميع تعلّمت أن الألم قد يكون مصحوباً بالكرامة والقناعة المُطمئنة. وهناك أيضاً بدأت بمعالجة مرضى الجُذام، المنبوذين اجتماعيّاً حيث تولدت قصصهم التراجيدية من غياب الألم الجسدي.

في الولايات المتحدة، لاحقاً، حيث الأمة التي كانت حربها للاستقلال قد نشَبت لصالح ضمان حق «الوصول إلى السعادة» واجهت مُجتمعاً ينشد مُدافعة الألم بأي ثمن. يعيش المرضى بمستوى راحةٍ أكبر من راحةِ كل من عالجتهم من قبل. إلا أنهم يبدون أقل استعداداً للتعامل مع المعاناة وأقلّ شعوراً له. التخفيف من الألم في الولايات المتّحدة يُشكل صناعة حجمها ٦٣ مليون دولار سنويّاً، وتُظهر الإعلانات التلفزيونية علاجات أفضل وأسرع تأثيراً للألم. أحد الشعارات قدّم تلك الرسالة بوضوح وبلا مواربة: «لم أجد وقتاً للألم».

كل مجموعة من هؤلاء الناس ـ سُكّان لندن الذين عانوا في سبيل قضيةٍ ما، والهنود الذين توقعوا المعاناة وتعلموا مواجهتها دون خشيتها، والأمريكان الذين يُعانون أقل من غيرهم ويخافون أكثر منهم ـ ساعدتني في تشكيل نظرتي حول هذه الحقيقة المُحيرة من حقائق الوجود الإنساني. سيواجه أكثرنا يوماً ما ألماً حاداً. ولديّ قناعة أنّ توجهنا الذي شكلناه

---

(١) تقسيم الهند (Partition): حدث تاريخي حدث ما بين عامي ١٩٤٥ ـ ١٩٤٧م انقسمت فيه الهند (آنذاك) إلى ثلاث دول: جمهورية الهند ذات الأغلبية الهندوسية وجمهورية الباكستان الإسلامية ذات الأغلبية المُسلمة وجمهورية بنغلاديش. سبق الانقسام إرهاصات وتبعته انقسامات أخرى. (المترجمة).

مسبقاً قبل حدوث هذا الألم قد يُحدد بدقة كيف ستؤثر المعاناة علينا حين تُلمُّ بنا. ومن واقع هذه القناعة تشكّل هذا الكتاب.

تشكّلت أفكاري حول الألم خلال الأعوام العديدة التي قضيتها بالعمل مع من يعاني الألم وممن يُعاني غيابه. اخترت إخراجها على شكل السيرة - بكل تقلباتها وانعطافاتها، حيث إنها الطريقة التي عرفت فيها الألم، لم يكن ذلك بطريقة مُنظّمة، إنما بالطريقة التجريبية. لا يحدث الألم بطريقة عامة، لا يوجد شعور أقرب من الآخر ولا أشد إلحاحاً. المشاهد التي سأعزو إليها من الفترة المبكرة لحياتي، العشوائية والتي ستبدو غير مُترابطة ككل ذكريات المرحلة المُبكرة للحياة، ستسهم تدريجيّاً في تشكيل المشهد الجديد المتكامل.

أعترف ابتداءً أن سنوات عملي مع المحرومين من الألم منحتني توجهاً متحيّزاً. أعتبر الآن الألم كأحد أكثر السمات المميزة للجسد البشري، وإذ ما كُنت سأختار نعمة واحدة لمرضاي المجذومين لاخترت أن تكون نعمة الألم. (في الواقع، فريق أدرته من العُلماء أنفق أكثر من مليون دولار في محاولة لتصميم نظام صناعي للألم. توقفنا عن العمل على المشروع لما ظهر جليّاً أنه يستحيل علينا إعادة إنتاج النظام الهندسي المُعقّد الذي يحمي جسد الإنسان السليم).

هناك تجارب حياتية أكثر شيوعاً من الألم حول العالم، حيث تتدفق كالحمم البُركانية من قشرة الأرض في الحياة اليومية. أعرف جيداً التوجّه التقليدي حيال الألم، خصوصاً في المجتمعات الغربيّة. يُسمّيه جاي. كاي. أويسمان (Joris -Karl Huysmans)[1]: «التافه، الظالم، المُعقد، السخيف، المقيت ذاك المدعو بالألم الجسدي». كما يصفه عالم

---

(١) جوريس كارل أويسمان (Joris -Karl Huysmans) (١٨٤٨ ـ ١٩٠٧م): روائي فرنسي عكست أعماله الحياة الجمالية والروحية والفكرية لأواخر القرن التاسع عشر في فرنسا. (المترجمة).

الأعصاب رَسِل مارتِن (Russell Martin): «الألَم جشع، وفظّ ومقوّض خسيس. الألم قاسٍ ومُفجِع وغالباً ما يكون مستمراً، وكما يُشير إليه جذره باللاتينية[1]، فإنه عقاب حسّي لا مفر لنا من ملاقاته لنبقى أحياءً».

سمعت شكاوى مماثلة من المرضى. مواجهتي الشخصية مع الألم، بالرغم من ذلك، كما تصوّري الذهني لانعدامه، كوّنا داخلي نزعةً من الدهشة والتقدير. لا أريد، كما لا يمكنني تخيل ذلك، حياةً دون ألم. ولأجل ذلك قبلت تحدي محاولة إعادة التوازن لكيفية تفكيرنا بالألم.

سواءً كان ذلك نعمةً أو نقمة، فإنّ للنوع البشري، من بين امتيازاته، ميزة الألم. لدينا القدرة الفريدة للخروج عن قواقعنا والتفكّر عن طريق قراءة كتابٍ حول الألم، على سبيل المثال، أو عن طريق استحضار ذكرى لتجربةٍ قاسيةٍ مروّعة. بعض الآلام ـ كألم الوجد أو الصدمة العاطفية ـ ليس لها سبب ماديّ أيّاً كان. إنها حالات ذهنية، تفتعلها كيمياء الدماغ. هذه المحامد للوعي تُمهّد للمعاناة التلاعب بالذهن بعد فترة طويلة من انتهاء حاجة الجسم له [أي: الألم]. تمنحنا أيضاً إمكانية التوصل إلى المشهد الواسع الذي سيغير من مدى رؤية تجربة الألم. نستطيع أن نتعلّم كيفية تجاوزه والانتصار عليه حتى.

(١) الألم بالإنجليزية (Pain) ينحدر من الجذر اللاتيني (poena). (المترجمة).

٢

مرتفعات الموت

«المرض طبيب كل ما يستحوذ على اهتمامنا: للتلطف والعلم نقطع الوعود فقط، أمّا الألم فنخضعُ له»

مارسيل بروست (Marcel Proust)

كان عمري ثمانية أعوام، عندما عدت مع عائلتي إلى منزلنا بعد رحلةٍ إلى مدراس (Madras)[١]، لمّا كُنتُ أحدّق عبر نافذة القطار إلى مشاهدَ متوالية للهند الريفية. بدت حياة القرية لي مُدهشة ومليئة بالمغامرات. أطفالٌ عُراة يلعبون في قنوات الريّ ويرشون بعضهم على بعض الماء. أمّا آباؤهم، بالقمصان التي بلا أكمام وبالمآزر القُطنية، ففي أعمالهم حيث يرعون المحاصيل ويسوقون الماعز ويحملون الأثقال على ظهورهم مستعينين بقصب البامبو لحفظ توازنهم خلال المشي. أما النّساء فبزيّ الساري الواسع مُحكَم التثبيت يسرن على أطراف الطريق يحملن على رؤوسهنّ صحائف الجِلّة[٢] المُجففة.

---

(١) تُعرف حالياً بمدينة تشيناي (Chennai) عاصمة ولاية تاميل نادو (Tamil Nadu) الهندية. (المترجمة).

(٢) بعر الحيوانات أو روثها، يُشكّل على هيئة أقراص ويُجفف ويُستخدم كبديل للوقود في القرى الهندية. (المترجمة).

استغرقت رحلة القطار اليوم بأكمله. غفوت مساءً، إلّا أنّه وعند الغروب لمّا تلطّفت الشمس من بياضها الغاضب الساطع إلى لونها البرتقالي الرائق، أخذت محلّي مرة أخرى إلى جوار النافذة. كانت هذه الفترة من اليوم فترتي المفضلة في الهند. رفرفت أوراق الموز الضخمة واللامعة مع الهبة الأولى لنسمات المساء. تألّقت حقول الرزّ كأحجار الزّمرّد، حتى الغروب التمع كما الذّهب.

كنتُ وأختي دائماً ما نلعب لعبة البحث عن التّلال حيث كنّا نعيش، وقد وجدتها قبلها هذه المرّة. ومن ذلك الحين صارت أعيننا تتعلّق بالأفق، بالخط المتعرّج الشاحب الذي يبدأ أزرق ويتحوّل تدريجيّاً إلى خطٍّ مستقيمٍ بنفسجي. وبما أننا كبِرنا في منطقة قريبة، كنت أستطيع رؤية ضوء الشمس يعكس المعابد الهندوسية على سفوح التلال. وقبل أن تغرب الشمس كان بإمكاني إحصاء خمس سلاسل جبلية مختلفة ـ من ضمنها سلسلة جبال كولي مالاي (Kolli Malai)، مسقط رأسنا. ترجّلت عائلتي عن القطار في المحطة الأخيرة، لتصعَد أولاً الحافلة ثم عربة يجرها عجل حيث تصل البلدة عند حلول الظلام حيث يمكننا قضاء ليلتنا الأخيرة على الأرض السهلية. دخلت سريري مبكراً، لآخذ قسطاً من الراحة استعداداً لرحلة التسلق في اليوم التالي.

يتسلّق الزوّار العصريون جبال كولي عبر طريق سريع متعرّج يمرّ بهم على سبعين منعطفاً (قياس كل منها: ٣٨/ ٧٠، ٣٩/ ٧٠، ٤٠/ ٧٠ بالضبط)، أما أنا ولكوني طفلاً فكنت إمّا أندفع على قدميّ عبر الطريق المنحدر الزلَق أو أجلس على لوحٍ يُسمى دهولي (dholi)، متدلياً من قصب البامبو الذي يحمله أحد الحمّالين على كتفيه. كانت عيناي بمستوى قدمي الحمّالين اللامعة، كنت أرى أصابعهم تخوض في الطين وسوقهم تنفض نبات السرخس وشُجيرات الحشف. كنت أركّز نظري على العلقات متناهية الصغر، الدقيقة كخيوط الحرير، التي تقفز من الشُجيرات وتلتصق بتلك السوق، وتمتلئ تدريجيّاً بالدم. لم يبدُ أنّ الحمالين يُمانعون ذلك

(تحقن العلقات المكان بمادة كيميائية تتحكم بالتخثّر والألم)، إلا أني وأختي وباشمئزازٍ تام كُنّا نتفقد سوقنا كل بضع دقائق بحثاً عن الضيوف غير المرغوب فيهم.

وصلنا أخيراً إلى منطقة سكانية بعيدة في أعلى قمة جبال كولي مالاي، حيث ترتفع خمسة آلاف قدم عن باطن الوادي. أنزل الحمّالون أغراضنا في رواق كوخٍ خشبيٍّ مكوّن من طابق واحد، الكوخ الذي عشت فيه منذ ولادتي في عامٍ ١٩١٤م.

اللغة المشتركة

قدِم والداي إلى الهند مُبشّريْن، استقرّا ابتداءً في مركزٍ تأسس على أرضٍ سهلية. بالرغم من أن والدي تلقى تدريبه ليكون بنّاءً، فإنّه ووالدتي تلقيا دورة تحضيرية مختصرة في الطب. لما سمِع السكّان المحليّون بقدومهما، بدؤوا بمناداة كلّ منهما «الدكتور» وتشكّل فوجٌ منظّم من المرضى أمام الباب. انتشرت الشائعات حول المهارات الطبية لهؤلاء الأجانب حتى وصلت إلى خمس سلاسل جبلية قريبة، حيث كانت سلسلة كولي مالي الجبلية الغامضة والمِخُوفة: الغامضة؛ لأن قلّة من قاطني السهول استطاع تسلّقها والوصول إلى حلقة السُّحب المحيطة بقممها، والمِخُوفة؛ لأن تلك المنطقة المناخية تُعد مأوًى لبعوضة الأنوفيليز (Anopheles)، البعوض الناقل للملاريا. الاسم نفسه كولي مالاي؛ يعني: «مرتفعات الموت»: إن قضاء ليلة واحدةٍ هناك، كما يُقال، تعرّض الزائر للحمّى القاتلة.

توجّه والداي إلى التلال بالرغم من تلك التحذيرات لمّا سمعا بوجود ألفي إنسان هناك بلا رعاية طبيّة. عِشنا في منزل بُنيَ مُعظمه بساعدي والدي. (أتى ستة نجارين من السهول لمساعدته، إلا أن خمسةً منهم عادوا أدراجهم خوفاً من الحمّى). افتتح والداي خلال وقتٍ قصير عيادةً ومدرسةً وكنيسة مبنية من الطين. كما خصصا غرفةً للأطفال

المتروكين، إذ تترك القبائل التي تقطن الجبال الأطفال غير المرغوب فيهم على قارعة الطرق، ومكاناً شبيهاً بالميتم.

كانت مرتفعات كولي جنةً بعيني الطفل. كنتُ أركض حافياً على طول المنحدرات الصخرية، وأتسلق الأشجار حتى تغطّي ملابسي العصارات اللزجة. علّمني الأطفال المحليّون القفز كالقردة على ظهور جواميس الماء ومسابقة البهائم في الحقول. كنّا نطارد السحالي والضفادع ونقيقها في حقول الرز حتى يُطاردنا تاتا، حارس الحقول.

تلقيت دروسي في بيت شجرة، حيث كانت تربط والدتي الواجبات في قماش ليُرفع إليّ في الأعلى حيث غرفة الصف الخاصة في أعلى شجرة كاكايا. علّمني والدي ما يخص أسرار عالم الطبيعة: الأرضة التي قضى عليها ببنائه منزلنا على أعمدة خشبيّة مغطّاة بمقالٍ مقلوبة، الوزغ ذي الأطراف اللزجة المتعلّقة بجدران غرفتي، الطير الخيّاط الرشيق الذي يحيك أوراق الشجر ببعضها بمنقاره، مستخدماً سويقات الأعشاب خيوطاً.

أخذني والدي مرّة إلى مستعمرة للأرضة، كانت تلالها العالية تقوم على صفوف تشبه أنابيب الأرغن (Organ Pips)[١]، وأحدث فجوة كبيرة ليُريني الأعمدة المقنطرة والأروقة الحلزونية فيما بينها. استلقى كلٌّ منا على بطنه، وذقنه تحملها كفّه، لنشاهد كيف هرعت الحشرات لإصلاح عمارتها الرفيعة. عشرة آلاف ساق عملت معاً كما لو كان يقودهم عقلٌ واحد، الجميع مُضطرب ما عدا الملكة، كبيرة الحجم ومستديرة كما قطعة سجق، مستلقية بترف، وتضع البيوض.

كنتُ أحتفظ للترفيه بنبتة الندية اللاحمة (carnivorous sundew)، كانت ذات لون أخضر فاتح مختلطة باللون الأحمر، كلما رميت حشرة

---

(١) أنابيب الأرغن (Organ Pipes): آلة موسيقية شاع استخدامها في الكنائس. تتكون من جزأين: لوحة مفاتيح وأنابيب تُصدر النوتات الموسيقية. (المترجمة).

داخلها تصيدها بسرعة وتحكم إغلاق نفسها. خلال فترة قيلولة ما بعد الظهر كنت أستمع إلى الجرذان والثعابين الخضراء تحوم حول أعمدة السقف وخلف الموقد. أقرأ ليلاً أحياناً تحت ضوء الحشرات، ويبقى كتابي مفتوحاً بفضل برطمانٍ مُلئ باليراعات المضيئة.

لا يمكنني تخيّل بيئة أفضل من هذه البيئة لمعرفة عالم الطبيعة، وخاصة معرفة الألم. كان حاضراً بحضور وجباتنا اليومية. لم يكن طبّاخنا يشتري الدجاج مذبوحاً ومغلّفاً؛ بل كان ينتقي واحدةً من القنّ ويقطع رأسها النقّاق. أراها تركض مذعورة حتى يتوقف الدم عن التدفق، ثم أجلبها إلى المطبخ لتنظيفها. عندما يحين ذبح أحد الماعز، يتجمّع سائر سكّان المستعمرة حيث يذكّي الجزار حلقه، يسلخ الجلد، ويُقسّم اللحم. وقفت على طرف الجمع، فطُردت وأُرعبت.

بسبب الألم، كُنت حذراً للغاية في الليل حين أسير إلى بيت الخلاء عابراً المسافة التي تتجول فيها العقارب. خلال السير في المرتفعات كنت أظلّ متوثباً للخنافس القبيحة التي، إذا ما تفاجأت، ترتفع بسوقها بسرعة وتنفث سائلاً لاسعاً في عيني الطُّفيلي الذي أزعجها نفثاً لا يُخطئ هدفه. ظللتُ متحرّزاً من الأفاعي أيضاً: الكوبرا، والخبيثة (vipers)، وذات العضات الاثنتي عشرة (the eleven -step -adder) شديدة السميّة. يقول والدي: إنها تقتل الرجل قبل أن يُكمل خطوته الثانية عشرة. كان لدى والدي نوع من تقدير الضحية لجلّادها حيال هذه المخلوقات. كان مُعجباً، ويحاول شرح ذلك لي، بالكيمياء المُتقنة للسمّ، واضعاً رسوماتٍ لأنيابها المفصليّة والأنسجة المنتصبة[1] التي تسمح للأفاعي بنفث سمّها عبر قنوات تجويفية في أسنانها. كُنتُ أُنصت بتركيزٍ شديد، وأواصل إبقاء مسافة شاسعة بيني وبينها.

---

(١) استخدم المؤلفان المصطلح الطبي (erectile tissue) الذي يعني: الأنسجة الناعظة. اخترت «المُنتصبة» لمناسبة السياق العام غير المتخصص للكلمة. (المترجمة).

أدركت مُبكراً عدالةً راسخة في قانون الطبيعة، حيث يعمل الألم عملَ اللغة الشائعة. يستخدمه النبات على شكل أشواكٍ يدفع بها البقر الجائع؛ وتستخدمه الأفاعي والعقارب لإبعاد البشر الاستغلاليين؛ كما أستخدمه أيضاً في مباريات المصارعة مع خصومي الكِبار. هذا النوع من الألم بالنسبة لي عادل: الدفاع المشروع للكائنات الحيّة لحماية ميادينها. أُعجبت بما وثّقه ديفيد ليفينغستون (David Livingstone)[1] لمّا هجم عليه أسدٌ وسحبه عبر السهل. وبينما كان يتدلى من فكّيه، كفأر حقلٍ يحمله قطٌّ منزلي، خطر له أنه «مهما كان، فهو ملك الوحوش».

الدراويش والملاقط

في رحلاتنا النادرة للمُدن الكبيرة مثل مدراس، كنت أرى نوعاً آخر من المعاناة الإنسانية. يُدخل المتسوّلون أيديهم إلى النوافذ حتى قبل أن يُطلق القطار صافرته للوقوف. ولمّا كان التشوّه البدني يجلب مزيداً من الصدقات أكثر من غيره، كان المبتورون يُلبسون ما بقي من العضو المبتور[2] قبّعاتٍ مُزركشة من الجلد، ويقوم المتسوّلون ممن لديهم أورام بطنية ضخمة بتنظيمهم لاستعراضهم على الجمهور. أحياناً ما كان الطفل يتعرّض للتشويه عن عمد ليزيد دخله، أو أن تُؤجر الأم طفلها حديث الولادة لأحد المتسوّلين فيُقطر داخل عيني الرضيع ما يجعلهما محمرّتين ودامعتين. بينما كنت أسير على الأرصفة، قابضاً على يدي والديّ بإحكام، كان المتسوّلون يرفعون هؤلاء الأطفال النحيلين ذوي العيون الرمصاء طلباً للصدقات.

كُنت أحدّق في هذه المشاهد حيث لا يتزاحم مثلها في قريتنا

---

(١) ديفيد ليفينغستون (١٨١٣ - ١٨٧٣م) (David Livingstone): مُبشّر ومُستكشف سكوتلندي، وكان له تأثير كبير على التوجّهات الأوروبية حيال أفريقيا. (المترجمة).

(٢) الاسم العلمي (جَدَعة). (المترجمة).

الجبلية. إلا أنها تشكّل أحد جوانب الحياة المدنية كما أن فلسفة الكارما[1] علّمت الناس قبول المعاناة، كالطقس، كجزء من القدر لا يُمكن تحاشيه.

غالباً ما تستقبل القرى المحليّة في مهرجاناتها درويشاً من أكابر الدراويش المؤثرين، الذي يبدو أنّه تحدّى كل قواعد الألم. رأيت مرّة رجلاً يدفع بخنجرٍ مستدقٍّ عبر أحد خدّيه، ولسانه، ليُخرجه من الخد الآخر، ثم يسحبه دون أي علامة على النزيف. أما الآخر فقد غرس سكيناً في رقبة طفله، واقشعر جميعُ بدني لما ظهر طرفها من الجانب الثاني. كان الطفل ساكناً للغاية ولم يجفل.

كان المشي على الفحم المشتعل حيلة سهلة للدرويش الجيّد. رأيت مرّة أحدهم يتأرجح كالعنكبوت، عالياً في الجو، مُتدلّياً من حبلٍ ينتهي بكُلّاب لحم مغروزٍ في طيّات جلد ظهره. وكلما تعالت صيحات الحشد وتلويحاتهم، كان يتوجّه إليه طافياً في الهواء، مُبتسماً وواثقاً. ودرويشاً ثالثاً، كان يرتدي ما يبدو أنّه قميصٌ مصنوعٌ من بالونات صغيرة، يرقصُ عبر الحشد على سوقٍ خشبيّة. لما اقتربتُ منه رأيته: صدره مغطًّى بعشرات من ثمار الليمون الحامض المثبّتة على جلده بأسياخ دقيقه. كان يثب عالياً ثم ينزل فوق السوق الخشبية، ضاحكاً، والليمون يضرب صدره بتناغم.

ينسب السكّان المحلّيون قوى الدراويش إلى الآلهة الهندوسية. ودحضهم والدي. أسرّ لي قائلاً: «لا علاقة لهذا بالدين. بالانضباط تعلّم هؤلاء الرجال التحكّم بالألم، كما التحكم بالنزف وضربات القلب والتنفس». لم أكن أفهم هذا الأمر، إلا أنّي أعرف أنّي إذا ما حاولت غرز

---

(١) الكارما (karma): كلمة سنسكرتيّة تعني: الفعل، جزء من الديانة والفلسفة الهندية، وتُشير إلى ناموس كوني ينصّ على أن أفعال الإنسان، بخيرها وشرّها، تُحدد مُستقبل وجوده. (المترجمة)

شيءٍ كدبّوسٍ مستقيم مثلاً في جزء من جسدي، فإنّه سيرتد. كنتُ أشعر بالغبطة حيال لغز الدراويش المتعلّق بالألم.

ولعبي بتسلّق الأشجار وامتطاء الجواميس أمدّني بشيء من المعرفة الشخصية بالألم، وكان عندي بغيضاً تماماً. المغص كان أسوأ أنواع الألم التي شعرت بها. أعلم أن سببه الديدان الممسودة (roundworms)، وكنت أتخيل أنها تخوض معركة داخلي حيث أشعر بأمعائي تحرّكها يمنةً ويسرة. اجترعت، للتغيير، عدة ملاعق ملأى من دواءٍ بسيط، زيت الخروع، وصرت ممتنّاً لذلك.

أما الملاريا، وببساطة، فتعلّمت العيش معها. كل بضعة أيام، وفي التوقيت نفسه دائماً، ترتفع حرارتي لتصل الطور النشِط.

«وقت الأفعى!» كنت أصرخ برفاق اللعب عندما تقترب الساعة من الرابعة مساءً ثم أنطلق إلى البيت. يُصاب أغلبهم بالملاريا أيضاً، لذلك يفهمونني. تتقلب درجة حرارة الجسم صعوداً وهبوطاً، وحين تضرب الجسم الموجة الباردة، تتشنج عضلات الظهر فيتلوى الجسم كما الأفعى. تقدّم موجات الدفء شيئاً من الاسترخاء، وحتى في الأيام شديدة الحرارة فإني أدفن نفسي تحت بطانيات الصّوف لتساعدني في تهدئة قعقعة العظام المرتجفةِ برودةً.

الألم، كما تعلّمت منه، لديه قوّة خفية للهيمنة على كل شيء في الحياة. حيث تكون له الأولوية على الأساسيات كالنوم والأكل وفترة اللعب مساءً. لم أعد، مثلاً، أتسلق بعض أنواع الأشجار مراعاةً للعقارب التي تعيش في لحائها.

يُؤكّد عمل والديّ هذا الدرس حول الألم كل يوم تقريباً. في الريف الهندي، أشيَع الشكايات الجسدية كانت الألم الحاد للأسنان. يظهر رجلٌ ما أو امرأة، وقد أتى من قريةٍ تبعد آلاف الأميال، بملامح وجهٍ شوّهها الألم وبخرقة محكمة اللف حول الحنك المتورّم. كان لوالديّ، دون

كرسي طبيب الأسنان ولا معداته ولا حتى بنج محلّي، دواء واحد فقط. كان والدي يُجلس المريض على صخرة أو تلّة للأرضة مهجورة، وربما تلا دعاءً قصيراً بصوتٍ عالٍ، ثم يُمسك بملقطه السن. تنتهي أغلب الحالات دون مشكلات: التواء الذراع، نخير أو صراخ، قليل من الدم، ثم تنتهي المحنة. غالباً ما يختتم مرافقو المريض هذه الجلسة، ولمّا يروا أبداً ألم الأسنان ينتهي بهذه السرعة، بالتصفيق والتهليل للملقط الذي يحمل السن الحقير.

هذا الإجراء أصعب على والدتي، المرأة صغيرة الحجم. اعتادت أن تقول: «هناك قاعدتان لخلع الأسنان. الأولى: أن تُدخل رأس ملقطك في أدنى نقطة ما أمكنك، قريباً من الجذور، حتى لا ينكسر التاج. والقاعدة الثانية: لا تُفلته أبداً!»، يظهر في بعض الحالات أن المريض قد خلع سنه بمحاولته الهرب من تحت يد والدتي التي ترفض ترك الملقط مهما كانت التّبعات. ومع ذلك فإنّ أكثر المرضى صُراخاً وأشدّهم ضراوة يعود لاحقاً، يُرغمه الألم.

المُداوي الشفيق

كانت مُمارسة والديّ للطب هي التي حبّبتهم إلى سكّان كولي مالاي. درس والدي طب المناطق المدارية (tropical medicine) لسنة في كلية ليفينغستون كولِيج (Livingstone College)، وهي مدرسة إعداد التبشيريين، ووالدتي اعتمدت على ما تعلّمته في مستشفى هوموباثيك (Homeopathic) في لندن. وعلى الرغم من تدريبهما المحدود، فإنّ كليهما كانا المثال الحيّ لشعار أبقراط (Hippocrates): العلاج الجيّد يُداوي الإنسان، وليس العلّة فقط.

كان والداي تبشيريين تقليديين ممن يستجيب للحاجة الإنسانية أينما لاحظاها. ومعاً، أسّسا تسع مدارس وسلسلة من العيادات. أما فيما يتعلّق بالمهارات الزراعية، فقد نجحت والدتي إلى حد ما في زراعة الخضروات

في الحديقة المنزلية في كوليز[1]، لكن بستانها من الحمضيات قد أينع. يُفضل والدي العمل في مجال تخصصه، الإنشاءات. كان يُعلّم النجارة لأولاد القرية الشباب، ثم علّمهم صناعة القرميد لما صار من الضروري تغيير أسقف السكن المصنوعة من القشّ. ومُسافراً على ظهر حصانٍ قاطعاً الطرق التي تُغطّيها الحشائش وتعيق السير فيها، أنشأ عشرات المزارع لأشجار التوت (لتغذية دودة الحرير) والموز والبرتقال وقصب السكّر، والقهوة والتابيوكا (tapioca). إذا ما تلقى المُزارع المستأجر معاملة ظالمة من ملّاك الأراضي في السهول، كان والدي يترأس وفداً يتكوّن من مئة مزارع، يتوجّه بهم إلى مقرّ إدارة المقاطعة، مُتحدّثاً إلى السلطات البريطانية المُستعمرة باسم الوفد.

بالرغم من كل هذا العمل الجيد، قُوبلت محاولة جيسي وإيفلين براند في تحقيق هدفهما الجليل في بناء كنيسة مسيحية لسكان التلّ بالفشل الذريع. كاهن محلي متخصص بالعبادة الروحية نشر، مُدركاً أن رزقه في خطر، تحذيراً مفاده أن أيّ متحول للدين الجديد سيُثير سخط الآلهة عليه. كنا نخشى الخطر البدني، وكنت أختبئ كلما رأيت ذلك الكاهن. أكد وجود بعض البقرات المسمومة تحذيره، وبالرغم من أنّ والديّ كانا يُقيمان خدمات الكنيسة (church services) كل أحد، كان يحضرها القليل ولم يجرؤ أحد أن يكون مسيحيّاً.

لاحقاً، في عامي ١٩١٨ و١٩١٩م، تفشّت الإنفلونزا الأسبانية[2] في أقطار العالم حتى وصلت كواليز، فقتلت ما قتلت بكل وحشية مُزعزعةً كيان المجتمع. عوضاً عن تمريض الفرد المريض ليستعيد عافيته، كان

(١) بدءاً من هذا الفصل سيستخدم المؤلف (كوليز) تبادلياً مع (مرتفعات كولي) أو (تلال كولي) للمعنى نفسه. (المترجمة).

(٢) الإنفلونزا الأسبانية أو جائحة الإنفلونزا (Influenza pandemic of 1918 -19): أخطر إنفلونزا تفشّت في أقطار العالم في القرن العشرين، ومن أشد الجوائح فتكاً في تاريخ البشرية بالنظر لعدد الوفيّات التي قُدّرت بعشرات الملايين. (المترجمة).

جيرانه وأفراد عائلته المذعورون يفرّون إلى الغابات. قرر والدي، وسلّم بذلك، أن العديد من ضحايا الإنفلونزا يواجهون الموت بسبب سوء التغذية والجفاف، وليس بسبب المرض نفسه. خلط والدي كمية من عصيدة الرّز في قدرٍ أسود كبير منصوب خارج بيتنا، وواصل لأيام تحضير الحساء. كان يذهب ووالدتي إلى القُرى على الأحصنة، يُطعمون الحساء ويُسقون الماء النظيف أفواه السكّان المنبوذين.

شعر أخيراً الكاهن العدائي وزوجته بالمرض. هجرهما الجميع باستثناء والديّ، اللذَين كانا يأخذان الطعام والعلاج لهما دورياً. لمّا كان تمريضه على يد «عدوّه»، أدرك الكاهن كم كان مُخطئاً في حكمه. طلب الكاهن أوراق التبني، قائلاً: «كان ابني عُد ليكون كاهناً من بعدي، إلا أنه لا أحد من ديانتي اعتنى بي كفاية. أريد أن ينشأ أطفالي مسيحيين». بعد عدّة أيام كنت أقف في رواق بيتنا فشاهدت طفلاً باكياً بعمر العاشرة يقطع طريقه عبر الحقول. كان يحمل طفلةً رضيعة بعمر تسعة أشهر قد ارتفعت حرارتها، ومعه رزمة مستندات من الكاهن وزوجته. هذه الطريقة التي انضمّت بها أختي رُوث (Ruth) وأخي آرون (Aaron) إلى عائلتنا، وهكذا أيضاً استقبلت الكنيسة في كولي مالاي أوائل أعضائها المحليين بعد ست سنوات من المقاومة الشديدة.

تعلّمت من والديّ أن الألم يُرسل إشاراتٍ ليس للمريض وحده بل للمجتمع المحيط أيضاً. كما تُخبر مُستشعرات الألم الواحد خلايا الجسم الأخرى، «تعالوا إليّ! أحتاج للمساعدة!» يصرخ البشر المتوجّعون بمجتمعهم الأوسع. كان لوالديّ الشجاعة ليستجيبا، حتى ولو انطوى ذلك على خطرٍ ما. بقليل من التدريب وبالموارد القليلة عالج والدي أسوأ الأمراض في زمنه ـ الطاعون الدبلي، حمى التيفوئيد، الملاريا، شلل الأطفال، الكوليرا، الجدري ـ وأعلم دون أدنى شك ما الذي قد يحصل لو أنّ طفرةً كالإيدز ظهرت في تلال كولي مالاي. كان سيوضّب حقيبته فقيرة الأدوات ويتوجّه رأساً إلى مصدر صيحات الألم. منهجيته في الطب

تنبع من إحساسٍ عميق بالشفقة الإنسانية، الكلمة التي جذورها اللاتينية تتكوّن من جزأين com + pati التي تعني: «التوجّع مع». كل قصور في تدريبها كان يُقيمه والداي بالاستجابة الغريزية للألم الإنساني.

بقيت في تلال كوالي حتى سنة ١٩٢٣م؛ أي: لما وصلت عمر التاسعة. ثم ذهبت وشقيقتي كوني (Connie) إلى إنجلترا لتحصيل المزيد من التعليم النظامي. شعرت بأنّي غريبٌ هناك: النباتات تفتقر إلى غطائها الورقي لنصف السنة، تسلّق الأشجار يُغطي ملابسي بطبقة من السخام حالك السواد، كان يُتوقّع مني ارتداء الحذاء طوال اليوم، وكذلك كنزات الصوف التي تسبب لي الحكة، وعوضاً عن بيت الشجرة، كان عليّ الجلوس في الصّف لمذاكرة دروسي. تمكّنت من التكيّف بعد فترة، إلا أني لم أشعر تماماً أني في موطني. كُنت أتحمّس لرسائل والديّ الطويلة والمفصّلة، التي كانت تصلني في صرّة سميكة كلما أبحرت باخرة من الهند.

واصل والدي دروسه في تقدير الطبيعة عبر البريد، مالئاً رسائله بالرسومات والملاحظات حول ما اكتشفه خلال مشيه في الغابة. غالباً ما كانت والدتي تكتب عن العائلات المجاورة، والمرضى، وأعضاء الكنيسة. ازدهر العمل التبشيري خلال السنوات القليلة التالية. صارت الكنيسة الصغيرة تضم خمسين عضواً، ويعالج والداي ألفي مريضٍ في العيادات سنويّاً. الزراعة، النجارة، وصناعة الحرير جميعها ازدهرت وتم فتح محل في المستعمرة.

في سنة ١٩٢٩م، وقد كانت فرحتي عظيمة بذلك، أخبر والداي أنهما سيعودان إلى إنجلترا العام القادم في إجازة سبتية[1]. كلما اقترب

---

(١) الإجازة السبتية (Sabbatical Leave): إجازة مدفوعة تُمنح من العمل أو الجامعة كل سبع سنين ليقضيها المُجاز في الدراسة أو البحث أو تلقي المزيد من التدريب المهني. (المترجمة).

موعد عودتهما، صارت رسائلهما ـ كما رسائلي ـ ذات طابعٍ عاجل وشخصي. مرّت ست سنوات تقريباً منذ أن تركت الهند. أصبح عمري خمس عشرة سنة الآن، وفي مواجهة مع اتخاذ القرارات المتعلقة بمستقبلي؛ أي: عليّ أن أعيش؟ ما هي المهنة التي عليّ اختيارها؟ ماذا عن مواصلة الدراسة؟ بينما كنت أتصارع مع هذه الخيارات، أدركت كم كنت أعتمد على والديّ طلباً للمشورة الحكيمة. لدينا الكثير للتحدث حوله، وتصعب عليّ فترة انتظار موعد رؤيتهما.

إلا أنه في شهر يونيو من العام ١٩٢٩م، وصلت برقية تحمل خبر وفاة والديّ. كانت تحمل تفاصيل قليلة، تقريراً فقط بأنه انهار بعد يومين من إصابته بحمّى البيلة السوداء (blackwater fever)، إحدى المضاعفات الفتّاكة للملاريا. قضت مرتفعات الموت على ضحيّة أخرى. كان والدي في الرابعة والأربعين. كان نصّ البرقية «ليصل الخبر برفق للأطفال. حكم الرّب».

لم أشعر بألم الحزن بدايةً. شعرت فجأة بثقل ما كنت أشعر به خلال ست سنوات لما ترجّل والدي عن كونه إنساناً حيّاً. استطعت التمسك بالصورة التي أتذكرها للحياة السابقة البعيدة وأشتمّها. ولتعميق الإحساس بالوهم، تواصل استلامي لرسائله بعد أسابيع من تلك البرقية التي تحمل خبر وفاته، حتى توقف البريد البحري. أخبر أبي عن المرضى الذين عالجهم، ووصف ما بلغه ارتفاع أشجار البلوط الحريري التي ظهرت في الطريق خلف البيت. كتب لنا عن حجم توقه لرؤيتنا في شهر مارس؛ أي: بعد عشرة أشهر. وصلت الرسالة الأخيرة، ولا شيء بعدها.

كان شعوري المسيطر هو الخدر. كررت على نفسي مراتٍ ومرّاتٍ أنه لا مزيد من الرسائل، ولا مزيد من تسلّق أشجار الغابات، ولا مزيد مما يتعلّق بأبي. ثم وصلت رسالة طويلة من والدتي تورد فيها تفاصيل وفاته. قالت: إن مقاومة جسمه منخفضة بسبب سقوطه من الحصان السنة

الماضية مما حدّ من لياقته البدنية. وصلت درجة حرارته ١٠٦ على مقياس فهرنهايت. لامت والدتي نفسها أنها لم تقدّم المساعدة الطبيّة فوراً: شخّص طبيب محليّ الحمى تشخيصاً خاطئاً. أخبرت عن القرويين المحزونين النائحين، وأثنت على التزام الرجال الاثنين والثلاثين في نقل شاهد القبر الغرانيتي طوال ثلاثة أيام عبر الحقول وفوق التلال حتى نصبوه في مقبرة الكنيسة.

صارت رسائل والدتي بعد ذلك تميل للعشوائية. بدت مُضطربة، وأرسلت العائلة ابن أختها إلى الهند لإقناعها بالعودة إلى الوطن. عادت أخيراً بعد سنة، وقد رأيت للمرة الأولى العمل الفتّاك للحزن، الألم المُشترك. عاشت والدتي في ذاكرتي، ذاكرة ذي السنوات التسع، كامرأةٍ طويلةٍ وجميلة تفيض طاقةً وضحكاً. لكن ومن أعلى سلّم السفينة، مُمسكاً بسياجه طوال نزوله، ظهر مجسّم محدودب بشعرٍ رماديّ قبل أوانه، على هيئة امرأةٍ في ثمانينيّاتها. كبرتْ، نعم، لكنّها انكمشت، استصعبت نفسي حتى أجبرتها على مناداتها بأمّي.

على رحلة القطار المتّجهة إلى لندن روت والدتي قصة وفاة أبي مراراً وتكراراً، مع لوم نفسها باستمرار. قالت: إنه يتوجّب عليها العودة لإنجاز العمل، لكن كيف ستتمكّن من ذلك في كوليز لوحدها، بلا جيسي؟ فقد خبا نور حياتها.

ويا للمفاجأة، تمكّنت من التعايش مع الوضع الجديد. بعد عام واحد، ومتجاهلةً محاولات العائلة لإقناعها بالبقاء في إنجلترا، عادت لبيتنا في تلال كولي مالاي. مُمتطيةً دوبِن (Dobbin)، حصان والدي، تنقلت بين سلاسل الجبال مُستأنفةً الأعمال المتعلقة بالتطبيب والتعليم والزراعة وتعليم الإنجيل. كانت مصابرتها أكبر من مصابرة دوبين، فاستعاضت عنه بعدد من أفراس التل. لما تقدّم بها العمر وصارت تسقط من على ظهر الحصان، أخبرتنا أن «الأحصنة تقدّمت سنّها على هذا

العمل»، صارت تقطع التلال معتمدةً على ساقي بابو طويلتين تُمسك كل واحدةٍ بيد. «قاعدتها» رسمياً البعثة التبشيرية عندما بلغت التاسعة والستين، إلا أن ذلك لم يعنِ لها شيئاً. استمرت في العمل منطلقةً من كوليز إلى أربع سلاسل جبلية قريبة. «أمّ التلال» كما يُسمّونها، وهي الكلمات المحفورة على شاهد قبرها، حيثُ دُفنت إلى جانب والدي في المنحدر الموجود أسفل البيت الذي نشأت فيه. توفيت سنة ١٩٧٥م، قُبيل أسابيع من عيد ميلادها السادس والتسعين.

الإرث العائلي

صارت والدتي ضرباً من الأساطير في تلال الهند الجنوبية، في كل مرة أزور تلك الأرض أُعامل كما لو كنت الابن الذي فُقد من زمن وأمّه الملكة المحبوبة. يضع سكّان المستعمرة إكليلاً من الزهور حول عُنقي، ويطعمونني أطيب الطعام على أوراق الموز، ويُعدون برنامجاً للأغنيات والرقصات الشعبية في المذبح. ويقف بعضهم، طبعاً، ليحكي ذكرياته مع غراني براند (Granny Brand) كما كانوا يسمونها. في الزيارة الأخيرة، كانت المتحدّثة أستاذةً في مدرسة التمريض. قالت: إنها كانت أحد الأطفال الذين تُركوا على جانب الطريق و«تبنتهم» والدتي، التي اعتنت بها حتى استعادت عافيتها، ومنحتها مكاناً للعيش، وتابعت تعليمها حتى تخرّجت.

لم يُذكر والدي كما ذُكرت والدتي، بالرغم من أن طبيباً هندياً وملهماً بسيرته انتقل مؤخراً إلى كوليز وافتتح عيادة جيسي براند ميموريال كلينيك (Jesse Brand Memorial Clinic). ما زال البيت الذي عشنا فيه كعائلة قائماً، ويمكنني من بعيد رؤية بيتي المبني على الشجرة عالياً على شجرة الكاكايا. أزور دائماً قبريهما اللذين أقيم عليهما شاهداهما، وكل مرة أبكي على ذكر والديّ، الإنسانين المحبّين اللذين منحا كل ما لديهما

لكل من حولهما. قضيت سنوات قليلةٍ معهما، قليلة للغاية، إلا أنهما تركا لي إرثاً لا يُقدّر بثمن.

أُكبر في والدي طبعه المطمئن واطّلاعه وثقته بنفسه الهادئة؛ أي: كل ما تفتقر إليه والدتي. إلا أنه وبشجاعتها وشفقتها الفائضتين وجدت طريقها إلى قلوب سكان التلال. قصّة دودة غينيا (Guinea Worm)، محور العديد من مشاهد المعاناة المُرعبة في طفولتي، قد تُساعد في تلمّس الفروقات في أسلوبيهما.

تُصيب طُفيليات دودة غينيا أغلب سُكان التلال من وقت لآخر، تختلط يرقاتها بمياه الشُرب، وتخترق جدار الأمعاء، ثم تنتقل إلى مجرى الدم، ثم تُهاجر إلى الأنسجة الرقيقة، وغالباً ما تجاور وريداً. بالرغم من أن حجمها لا يتجاوز قُطر مادة قلم الرصاص، إلا نموها يكون طوليّاً، حتى يصل إلى ياردة واحدة[1]. تستطيع أحياناً رؤيتها تسبح تحت الجلد. في حال تكوّنت قرحة، قد تكون في ردف امرأة تحمل وعاء الماء، فقد تجد دودة غينيا وقد أظهرت ذيلها عبر الدّمل الذي تسببت به. أما إذا قتلت المرأة الجزء الظاهر من الدودة، فإنّ الجزء الباقي من جسمها سيتعفّن داخلها، مُسبباً العدوى.

عالج والدي المئات من الحالات المُصابة بعدوى دودة غينيا. عادة ما أحب مُشاهدة عمله إلا أنه حين يظهر أيّ من أولئك المرضى فإني أركض وأختبئ. تمتلئ الجرادل دماً وقيحاً تفجّر عن ذراعٍ متوّرمةٍ أو فخذ شرَطها أبي. كان يخزّ خط الدمامل بسكينه أو ملقطه، متحسساً لأي بقايا من الدودة المتعفّنة. دون توافر أي مادة للتخدير، كل ما كان بإمكان المريض فعله هو القبض بقوّة على أيدي وأذرع أقربائه وكتم صرخاته.

لكونه عالماً سؤولاً، درس والدي أيضاً دورة حياة الطفيليات. تعلّم أن البالغ منها حساس جداً للماء البارد، وهي الحقيقة التي استفاد منها.

---

(١) الياردة: وحدة قياس طول إنجليزية. تساوي ٩١,٤٤ سم. (المترجمة).

كان لديه مريض وقف داخل سطل من الماء البارد، وما هي إلا دقائق معدودة حتى، تِك، أطلّ ذيل دودة غينيا عبر الجلد، وانشغلت بوضع البيض في الماء عبر قناة المبيض. قام والدي وبمهارة بإمساك ذيل الدودة ولفّها حول غُصين أو عود كبريت. كان يسحب بصعوبة حتى استطاع لف بضع إنشات منها حول العود لكن ليس بقوة حتى لا يقطعها، ثم ألصق العود على ساق المريض بلاصق. كانت الدودة تنزل للأسفل شيئاً فشيئاً لتُخفف عن جسمها الضغط، وبعد عدة ساعات استطاع والدي لف المزيد من جسمها حول العود. بعد ساعات عديدة (أو عدة أيام في حال كانت دودة غينيا طويلة)، كان يسحب دودة غينيا بطولها، فيتخلص المريض من الطفيليات ويزول خطر العدوى.

حسّن والدي من تقنيته هذه وكان فخوراً للغاية بمهارته في إقناع [الطفيليات] الآثمة. لم تتفق معه والدتي أبداً في هذه التقنية، واستهانت الطريقة العشوائية للمعالجة. بعد وفاته وجّهت تركيزها للوقاية، مُتّبعةً ما تعلّمته حول دورة حياة الطفيليات.

كانت مشكلة دودة غينيا تتمركز حول مصادر المياه. القروي المصاب بالدودة يقف على بئر ضحلة ليُدلي دلوَه يمنح دودة غينيا الفرصة المثالية لتقفز وتضع بيضها؛ ليفقس البيض عن الطفيليات، فيأتي قروي آخر ويغترف من الدلو ويشرب، مما يُنشط عمل الدودة مرة أخرى. قادت أمي حملة احتشد لها ما تملكه من قوةٍ ومصادر لاستصلاح ممارسات القرويين المتعلقة بالمياه. حاضرت على الناس، وجعلتهم يعدونها أنهم لن يقفوا على الآبار ولا البرك، ولا شرب المياه دون قبل تصفيتها. ألحّت على الحكومة لملء البِرك بالأسماك لتتغذى على الطفيليات. علّمت القرويين بناء الجدران الحجرية حول آبارهم لإبقاء الحيوانات والأطفال في مأمن من شرب مياهها. كان لدى والدتي طاقة لا محدودة وقناعة لا تتزعزع. استغرق الأمر خمس عشرة سنة، وفي آخر المطاف اجتثت دودة غينيا في سلسلة التلال تماماً.

بعد سنوات، لما حضر مسؤولون من وحدة مكافحة الملاريا (Malaria Eradication Unit) إلى كوليز لتنفيذ خطة بخ المبيد دي. دي. تي (DDT) لقتل بعوض الأنوفيليز. قابلهم القُرويون مشتبهين بهم، مُغلقين عليهم الطريق، قاذفين عليهم الحجر، مُطلقين عليهم الكلاب. انتهى المسؤولون إلى الاتفاق مع امرأةٍ كبيرةٍ في السّن ذات غضون اسمها غراني براند. إذا ما أقرتهم، وفقاً للقرويين، فإنهم سيسمحون لهم. نالت ثقتهم، أثمن ما يُمكن للممارس الصحّي أن يحصل عليه. أقرّت لهم بذلك، واستمرت الحرب ضد بعوضة الأنوفيليز. حتى مُحيت الملاريا من كولي مالاي. (للأسف، صارت بعوضة الأنوفوليز مقاومةً لمعظم المُبيدات، والأدوية المضادة للملاريا عادت في أنحاء الهند).

حاولت والدتي أن تورّثني تركة والدي في العمل العلمي. خلال السنة التي قضتها في إنجلترا بعد موته طلباً للراحة والنقاهة، كانت تخبرني بين الحين والآخر عن حلمها عني وعودتي إلى كوليز طبيباً. بَدت تِلال الهند أكثر جاذبية من إنجلترا الباردة الرطبة إلا أني قطعت كل أحاديثها المتعلقة بالطب.

ذكريات الطفولة، مع مرور الوقت، حول الطب انحصرت في مشاهد قليلة من المعاناة، وأجد الآن هذه المشاهد بشعة.. هناك مشهد مقزز لوالديّ يعملان على معالجة امرأةٍ تتعذب بسبب ديدان غينيا، بما في ذلك دودة كانت تُظهر ذيلها المُدبب من مدمع عين المرأة. وذكرى أصعب حالة مرضية مرّت على والدي: رجل نجا من اعتداء الدب عليه، وقد انسلخت فروة رأسه من الأذن إلى الأذن. وما زال ذلك هو المشهد الذي يفوقها جميعها في [مستوى المعاناة].

لم يسمح لنا والدي حتى بمشاهدة معالجته لثلاثةِ رجال غُرباء وصلوا العيادة في المساء. أرسلنا إلى البيت إلا أنّي تسللت خارجه وأخفيت نفسي بين الشُّجيرات. كانت أيدي الرجال متيبسة ومغطاة بالبثور.

لم يكن فيها أيّ أصابع. غطّت الضمادات أقدامهم، ولما أزالها رأيت أقداماً قصيرة ومنتفخة بلا أصابع.

تأمّلت والدي مُتحيّراً. هل كان خائفاً؟ ربما، لم يكن يُمازح المرضى. وفعل شيئاً لم أرَه سابقاً: ارتدى قفازين قبل فحص جروحهم. جلب الرجال سلّة من الفواكه كهدية، إلا أن والدتي أحرقتها مع قفازي والدي، وهذا ما كان إسرافاً لم يسبق له مثيل. أُمرنا ألا نلعب في تلك البقعة. قيل لنا: إن هؤلاء الرجال مجذومون.

لم تكن لي صلة بالجُذام بعد ذلك خلال طفولتي، إلا أنه وبمرور الوقت كُنت أرى الطب بمزيج من الخوف والاشمئزاز، الشعور الذي انتابني لما رأيت والدي يُعالج أولئك الناس. لم يكن الطب ليّ. الألم والمعاناة، أردت أن أتجنبهما مهما كان الثمن.

٣

صحوات

«لا يخرج الجرّاح من بطن أمه بشغفٍ يكتسيه كما تُغطّيه دماء ولادته. إنما يأتي متأخراً في وقتٍ لاحق. ليس سهلاً كما العصا السحرية، إنما هو تراكم همهمات التذمّر مما لا يُحصى من الجروح التي ضمّدها، والشقوق التي أحدثها، وكل الالتهابات والقروح والفجوات التي لمسها بُغية مُداواتها. بالكاد يُمكن سماعه عندما يبدأ، فيصير همساً، كما لو كانت تنطق به العديد من الأفواه. يتكوّم شيئاً فشيئاً، يبرز من التيّار الجاري، حتى يُصبح، أخيراً، نداءً واضحاً صافياً»

ريتشارد سيلزر، الدروس القاتلة (Richard Selzer, Mortal Lessons)

لو اقترح أحدهم عليّ خلال أيام الدراسة في إنجلترا أن تتمحور حياتي العملية حول البحث العيادي المتعلّق بالألم لضحكت عالياً. الألم يُتجنب لا يُبحث. ومع ذلك انتهى بي المطاف في الطب، ولا بد لي من توضيح كيف حصل ذلك.

كُنت طالباً صعب المراس. حين يُدير المدرّس ظهره، كُنت أتسلل عبر نافذةٍ في السقف نازلاً عبر مجرى التصريف للهروب من المدرسة. بينما كان زملائي في الصف يحشون رؤوسهم بالمعرفة المُجردة، كنت أتحرّق شوقاً للعالم الطبيعي الذي عرفته في تلال كولي. جعلت من الحياة في لندن المتحضّرة مُمكنة بتربية طائرين مُغرّدين وفئران في قبو منزل

العائلة، وببناء مِنظار راصد بدائي في السقف. كان المشهد الليلي يمنحني رابطاً خفيّاً لطيفاً بكوليز، حيث غالباً ما أحدّق في الأجرام السماوية البعيدة التي لا يشوّشها العجاج ولا أضواء المكان مستمعاً إلى والدي يُشاركني ألغاز العالم. عادة ما يتحوّل الشوق إلى حنين للوطن، ففي إنجلترا حتى النجوم كانت خارج المكان.

حين تخرّجت في المدارس البريطانية الحكومية في عمر السادسة عشرة، رفضت التوجّه القائم على قضاء ما بين أربع سنوات إلى ست في القاعات الجامعية الخانقة. قررت قضاءها في تعلّم البناء والتشييد، لأحقق حُلم والدي الأصلي المتعلق ببناء البيوت في تلال كولي. خلال السنوات الخمس التالية تعلّمت النجارة، والعمارة، والتسقيف، ورصّ القرميد، والسباكة، والكهرباء وفن الحجارة.

أعمال الحجارة كانت المفضلة لديّ. شعرت بسعادةٍ لم أشعر بها منذ كنت في الهند، حيث جلستُ طفلاً على حافّة المقلع أشاهد النحّاتين المحليين يفعلون السحر بأدواتٍ لم تتغير منذ ثلاثةِ آلاف سنة. بدأت بالحجر الرملي من نوع باث (Bath sandstone) ثم تقدّمت حتى عملت على الجرانيت ثم أنهيت التدريب بالعمل على الرخام. هامش الخطأ في الرخام ضيّق للغاية: ضربة واحدة خاطئة من المطرقة تُحدث «صدمة» لقطعة الرخام؛ أي: عقدة من التشققات الصغيرة التي تمتد عميقاً في القطعة تدمر شفافيته الفاتنة. أزور في الإجازات الكاتدرائيات الكُبرى في بريطانيا، وأُمرّ يديّ على القوام المتموّج للأعمدة الحجرية والقناطر، ممتلئاً رهبةً لإدراكي أنّ كل ميلة صغيرة ما هي إلا أثر رفع المطرقة الخشبية لمهندسٍ من العصور الوسطى وهبوطها.

في آخر تكليف دراسي لي بعد خمس سنوات، شاهدت الإشراف على بناء المبنى المكتبي لشركة فورد موتور (Ford Motor Company)، ثم انتقلت إلى إنجلترا. من الواضح أنّي وصلت لما هو أبعد مما يُمكن أن

يكون مُفيداً في تلال كولي. حان الوقت للعمل على خطط ما وراء البحار. كبتُّ مشاعري المضادة للطب، وأقدمت على التسجيل في البرنامج التدريبي الذي مدته عام وتقدمه كليّة ليفينغستون كوليج الطبية (Livingstone College Medical School)[1] وما كان لي من سببٍ سوى اتباع خطوات والدي.

العودة إلى الحياة

ضمّ برنامج مدرس ليفينغستون خمسة وثلاثين طالباً دوليّاً، سيعمل جميعهم وراء البحار. قال لنا القادة خلال اللقاء التعريفي: «ستتعلمون ملاحظة الأعراض، صرف الأدوية، معالجة الجروح، وحتى إجراء عمليات بسيطة. ستتعلمون بالتجربة العملية، ذلك أنّ المستشفيات الخيرية المحلية وافقت على أن تساعدوها أيها الطلبة مع مرضاها». شحب لوني، وتذكرت تلك المناظر المقززة للدم والقيح والجذام وديدان غينيا في طفولتي.

اكتشفت، بالرغم من ذلك، ومنذ وقت طويل أنّ علم الطب يلتقي مع حس الدهشة الذي أشعر به حيال الطبيعة. ما زلت أتذكر نظرتي الأولى للخلية الحيّة تحت المنظار. كنا ندرس الطفيليات، أعدائي القدامى في الهند، حيث عانيت بسببها من الزّحار[2] عشرات المرات. قررت في أحد الصباحات استكشاف خلية أميبيا متحركة (amoeba).

---

(١) كلية ليفينغستون كوليج الطبية (Livingstone College Medical School): كليّة أصبحت لاحقاً ضمن جامعة تمنح درجة البكالوريوس في الفنون والعلوم، أسسها د. جوزيف سي. برايس (١٨٥٤ ـ ١٨٩٣م) (Joseph C. Price) في كارولينا الشمالية لتكون تابعةً للكنيسة، وتمّ تغيير اسمها من معهد زيون ويزلي إنيستيتيوت (Zion Wesley Institute) إلى لفينغستون كوليدج تقديراً لجهود التبشيري ديفيد ليفينغستون. (المترجمة)

(٢) الزحار (dysentery): اضطراب في الجهاز الهضمي يتسبب بإسهال شديد مختلط بالدم. (المترجمة).

سرت على العشب النديّ حتى وصلت بركة الماء في الحديقة، غرفت من مائها في كوب شاي، وذهبت إلى المعمل بينما ظل الطلبة يتناولون فطورهم. أجزاء من أوراق الشجر المتحللة كانت تطفو على سطح الماء، وتنبعث منها رائحة العفن والموت الكريهة. إلا أنّي لما وضعت قطرة واحدة من تلك البركة على شريحة المنظار، انبثق كونٌ إلى الحياة: آلاف مؤلّفة من الكائنات الحيّة الدقيقة، التي حفّزها الدفء المنبعث من ضوء المناظر، تحوم هنا وهناك. بدت كأنها قناديل منمنمة. حرّكت الشريحة من الجانب ورأيت فقّاعة زرقاء لامعة تنفش نفسها لتندفع للأمام. أوه! ها هي الأموبيا! أقارب هذه المخلوقة الأباعد في الهند ضيّعت عليّ ساعاتٍ وساعات من وقت اللعب. بدت بريئة وبدائية. لماذا كانت تُكدّر أمعائي؟ كيف لها أن تكون عزلاء؟ صرت أذهب للمعمل بعد ساعات للمزيد من الاستكشاف.

ويا للمفاجأةِ أيضاً، وجدت أني أستمتع أيضاً بالعمل العيادي. تعلّمت لما كُلفت بالتدريب في عيادة الأسنان أنّ إجراءات خلع السن بالأدوات المناسبة وتحمّل البنج يشابه إلى حد ما تلك المشاهد المُرعبة في كوليز. يعتمد اقتلاع الأسنان على المهارات اليدوية التي اكتسبتها كنجّار وبنّاء، مما يجدي نفعاً في إنهاء آلام أسنان أحدهم. تفكّرت لبرهة ما إذا كنت قد أخطأت في اختياري المعادي للطب. هل بددت خمس سنوات في مجال الإنشاءات؟ إلا أنّي طبعاً لا أجرؤ على تجاهل كل ذلك التدريب والتحوّل لمهنة جديدة من الصفر. انتهيت، واضعاً شكوكي جانباً، من الفترة المقررة في كلية ليفينغستون وسجلت في البرنامج التحضيري في مدرسة التدريب التبشيري (Missionary Training Colony)[1]، خطوتي الأخيرة قبل العودة إلى الهند كبنّاء تبشيري.

---

(١) مدرسة التدريب التبشيري (Missionary Training Colony): مدرسة أسسها غودفري بوكستون (Godfrey Buxton) لتكون مدرسة تحضيرية للبعثات التبشيرية في أراضي ما وراء البحار =

كانت مدرسة التدريب التبشيري مؤسسة بريطانية بامتياز، إذ مزجت ما بين قسوة سبارطا[1]، وتماثيل الملكة فيكتوريا ومرح العمل الجماعي للكشّافة. المؤسس، الذي عاش في ريف إثيوبيا، قرر أنّ من هم تحت رعايته سيخرجون من هذه المدرسة مُجهّزين لتحمّل أي حال في أيّ ركن من أركان الإمبراطوريّة [البريطانية]. كُنّا ننام في أكواخ خشبية طويلة وجدرانها ذات طبقة واحدة لا تتحمّل الطقس البريطاني. كل يوم وقبيل انبلاج الفجر، سواء تحت المطر أو البردية أو الثلج، كُنّا نُهرول في مجموعةٍ إلى منتزهٍ ما، متّبعين نظاماً للألعاب الحركية، ثم نعود لأخذ دشّ بارد (كانت المدرسة تستهين بالكماليات مثل الماء الدافئ). كنّا نصلح أحذيتنا، ونقص شعور بعضنا، ونُعد وجباتنا. نقطع في فصل الصيف في رحلة طويلة ومُرهقة ست مائة ميل عبر الأرياف الويلزية والأسكوتلندية، نجرّ خلفنا الإمدادات في عربة نقل ذات دواليب.

تضمّن برنامج المدرسة ذي السنتين قضاء فترة في مستشفًى خيري، وهنا دفعني أخيراً اهتمامي بالطب إلى الميدان. في ليلةٍ ما وبينما كنتُ أعمل في غرفة الطوارئ، أحضرت سيارة الإسعاف على الكرسي المُتحرّك امرأةً شابةً جميلة فاقدة الوعي. هرع طاقم المستشفى بعجالة مُنظمة استجابةً لحالة المريضة المصابة: حثّت الممرضة خطاها في الممرّ لتجلب قنينة الدم بينما كان يتحسّسها الطبيب بجهاز نقل الدم. نظر نظرة خاطفة إلى مئزري الأبيض، ثم دفع بمقياس الضغط إليّ.

لم أستطع التوصل إلى قراءة ضغطها ولا حتى اكتشاف أدنى حركة للنبض في معصمها. كان لبشرتها شحوب ليس من عالمنا، وهو علامة

= ويجري التدريب فيها تحت ظروف صعبة أو كما يُطلق عليها «ظروف سبارطية (spartan conditions)». (المترجمة)

(١) سبارطا (Sparta): مدينة يونانية كانت في مواجهة دائمة مع أثينا، حتى صارت لاحقاً قلب القوة العسكرية للدولة اليونانية ما بين القرنين السادس والثاني قبل الميلاد. (المترجمة)

للنزف الداخلي، وبدا شعرها البني أسود بهيماً، على العكس من وجهها الرقيق وشفتيها، وتحت سطوع أضواء المستشفى، بدت وكأنها نصب مرمريّ لقديسةٍ من كاتدرائيةٍ ما. بينما تفحّص الطبيب صدرها بسماعته، لاحظت أنه حتّى حلمتي ثدييها قد ابيضّتا. ولا شيء سوى شيء من النّمش الذي يقاوم ذلك الشّحوب. لم يبدُ أنها كانت تتنفس، وبدا لي يقيناً أنها قد ماتت.

وصلت الممرضة أخيراً بقنينة الدم. غرس الطبيب في وريد المرأة إبرة كبيرة مُثبتاً القنينة عالياً على حامل معدني بحيث يدفع الضغط المتزايد الدم أسرع داخل جسمها، طلب مني الطاقم مراقبة تدفق محتوى القنينة بينما كانوا يتعرفون زمرة دمها لتوفير المزيد من الدم.

لا شيء مما أذكره يُقارن بالإثارة التي حصلت لاحقاً. وحيداً كُنتُ في الغرفة، مُتوتراً ومرعوباً في حضرة الموت، أمسكت بمعصم المرأة البارد الواهن. وفجأةً شعرت بالضغط الخفيف للنبض. هل كان ما شعرتُ به نبضي؟ تفقدتُ المعصم مرة أخرى. لا شك أنّ هناك اهتزازاً، ضئيلاً، ومنتظماً معاكساً لاتجاه إصبعي الأوسط.

وصلت قنينة الدم الثانية. ظهرت بقعة وردية تُشبه قطرةً من لون مائي على خدّها، واتّسعت لتكون محمرّة بالكامل، صارت شفتاها باللون الوردي الغامق، ثم احمرّتا، وارتعش جسمها بنَفَس متنهّد. وُصلت قنينة دم ثالثة. صار قلبي يضرب، لقد شهدتُ مشهداً دراميّاً يُفكك لغزه. رفَّ جفناها وانفرجتا رويداً رويداً. أخذت نفساً عميقاً، ثم آخر. احولّت عيناها بدايةً، ثم رمشت عدة مرّات، وضاق بؤبؤاها كردّ فعلٍ للأضواء الساطعة. وأخيراً نظرت مُباشرة إليّ، إلى دهشتي، وقالت: «ماء، ماء، رجاءً. أنا عطشانة»، قالتها بصوتٍ مبحوحٍ واهن. هرعت لجلب الماء..

دخلت تلك المرأة إلى حياتي لمدة ساعة تقريباً فقط، إلا أن تلك التجربة غيّرتني. لم يسبق أن أخبرني أحد أنه بإمكان الطب أن يفعل ذلك!

شاهدتُ جُثةً تُبعث. بنهاية سنتي الأولى في مدرسة التدريب التبشيري، كنت قد ابتُليتُ بحبّ الطب. ضغطت على كبريائي، انسحبت من مدرسة التدريب التبشيري، وفي عام ١٩٣٧م انضممت لكلية الطب في جامعة يونيفيرسيتي كوليج هوسبيتل (University College Hospital)[١]، في لندن.

كشف الحُجُب

لن أنسى أبداً أول محاضرة في مادة التشريح مع هربرت هينري وولارد (H. H. Woolard)، الذي لُقّب باسم «الرجل القرد» بسبب نظرياته التي تربط بين القردة والبشر. رجل قصير مع رأسٍ كبير الحجم، وصلعةٍ لامعة، يندفع إلى القاعة فيتوقف كل حديث. وقفَ أمامنا بطريقة متبخترة، وتفحّص القاعة ببطء، مُتيحاً لعينيه تفحّص كل طالبٍ على حدةٍ. عمّ الصمت لستين ثانيةً بالتمام. ثم تنهّد تنهيدة طويلة مسموعة، ثم قال باشمئزاز: «كما توقّعت. أعطوني عيناتٍ شاحبةً باهتةً غائرة الصدر».

سكت ليكون للكلمات وقعها المطلوب قبل أن يُكمل: «كُنت مثلكم يوماً. أدرس طوال النهار، وأدخّن طوال الليل لأظلّ يقظاً. وأربط الآن ما بين حالي المُزرية لعاداتي السيئة لما كُنت طالباً. وأتوقع أن أقضي نحبي بأزمةٍ قلبيةٍ قريباً. نصيحتي لكم هي ببساطة: اخرجوا من الأبواب واهربوا!» (ثم ابتدأ محاضرةً شديدة الوقع عن الآثار الضارة للتدخين: إنها تُدمر قلبك، وتعيق نموّك، وتُفسد رئتيك، على حدّ قوله)[٢]. لاحقاً،

---

(١) كلية الطب في جامعة يونيفيرستي كوليج هوسبيتل (University College Hospital): كانت نواة كلية الطب في جامعة لندن مستوصف تعليمي أُنشئ بداية كمقر للمواد الطبية التي تُدرّس في جامعة نيو يونيفرسيتي أوف لندن (the New University of London) عام ١٨٢٨م، ليتوسّع لاحقاً حتى يكون مستشفًى تعليميّاً مما مهّد لإنشاء كُلية الطب ليكون هذا المستشفى تابعاً لها. (المترجمة).

(٢) تبيّن أن المخاوف التي تنبّأ بها وولارد قد تحققت إذ قبل مغادرتي كليّة الطب توفّي جرّاء أزمة قلبية بينما كان يسير في أحد ممرات الكلية. حصل ذلك قبل عقود من إصدار منظمة الجراحين العامّة (Surgeon General) أي تقارير رصينة حول التدخين ومخاطر التبغ. في =

وكما لو كان يختم تحذيره بموضوع مُناسب للمحاضرة، قسّمنا وولارد إلى فريقين، يتكون كل فرق من ثمانية أشخاص، ثم قادنا إلى معمل التشريح لنلتقي بجثثنا.

كان يعمل فريقي في التشريح على جثة تحمل اسماً محترماً للغاية. قال لنا بروفيسور وولارد بوقار: «لقد نلتم شرفاً عظيماً بتشريحكم للسير ريغنال هيمب (Sir Reginal Hemp)، قاضٍ في المحكمةِ العليا». عادة ما يتدرب الطلّاب على جُثث معوزين لا تحمل أسماء، وقد حرص وولارد أن نُثمّن هذا الامتياز الذي مُنحناه. قال، بينما كُنا نتأمل الجثّة المتغضّنة المزرقّة: «كان سير رينلاد إنساناً جليلاً من حكم شرف استكشاف جسده، وهو ما تبرّع به بسخاء للبحث الطبي. منه ستتعلمون أعجوبة الإنسان وكرامته. في هذا العمل المعملي، أتوقع أن أرى احتراماً كالذي قد أجده في جنازة رجلٍ نبيل».

لأسابيع كُنّا نشقّ طريقنا في ضباب مادة الفورمالين (formalin)[1] حيث كانت المراوح تطنّ فوق الرؤوس، يُرهقنا تجاهل الرائحة النفّاثة المعروفة. كُنتُ وزملائي نستكشف بالمقص يومياً عبر طبقات الأنسجة

= يونيرفيرسيتي كوليج، شاركت في تجربة لاختبار احتمالية الربط ما بين فرط التحسس تجاه التبغ ومرض بورغر (Buerger's disease)! حالة من تخثّر الأوردة. كان عليّ بداية تدخين التبغ الملفوف [السجائر]. أقنعت طبيبنا المقيم الأقدم، وهو مدخن للغليون، بالتعاون عن طريق ربط وعائه والنفخ في أنبوب عميق على شكل حرف U: مرّت تموّجات الدخان من الغليون عبر مذيب فقاعي يستخرج غازات التبغ. انتهينا إلى سائل ثخين يُشبه المحار البنّي المائع، وهو ما استخدمناه في لواصق للجلد على مختلف الناس، من المدخنين وغير المدخنين. لم نجد دليلاً متيناً للحساسية المفرطة اتجاه التبغ على الجلد، إلا أنّ لتلك التجارب أثرها الجانبي في إقلاع طبيبنا المقيم عن التدخين. لما رأينا جميعاً تلك المادة الكريهة المُخاطية تتجمّع في الأنابيب الزجاجية ـ الشوائب التي تُستنشق عادة ـ أقسمنا جميعاً على الإقلاع عن التدخين للأبد. (المؤلف).

(١) فورمالين (formalin): مادة كيميائية سائلة ذات رائحة نفّاذة تُستخدم في حفظ أجساد الكائنات الحيّة أو أعضائها. (المترجمة).

والعظام التي كانت يوماً للسير ريغينال هيمب. عرفنا بعض عاداته في الأكل، واستنبطنا نظريات تفصيلية توضّح الندبات والغرائبيات التي وجدناها داخل الجثة. وفعلاً، وجدنا في رئتي هيمب اللتين فحصناهما العطب الخلوي الذي حذّرنا منه وولارد في المحاضرة الأولى؛ لا شكّ أن القاضي قد توفّي إثر إصابته بسرطان الرئة.

كان البروفيسور وولارد يزور المشرحة بنفسه أحياناً، ويلتقط المبضع ليشرح النقاط الدقيقة في التشريح. حدث مرّة أنْ دخل المشرحة بينما كان اثنان من الطلبة يتحاذفان كِلية الجثة التي يُشرّحانها. تحوّل رأس وولارد الذي يُشبه القبّة إلى اللون الأحمر كما لو كان شرياناً أورطيّاً، وخشيت للحظة أنْ يخرج قلبه من محلّه. استجمع نفسه كفاية ليُشنّع شركاء الجريمة، ثم ألقى علينا جميعاً خطاباً ناريّاً مُرتجلاً عن حُرمة وقداسة كل جسد بشري. ذلك الخطاب، الذي ألقاه بشغفٍ وبلاغة ذلك الرجلِ الصيّت، كان له انطباع عميق في نفوسنا نحن الطلبة، الذين جفلنا كطلبة مدرسة قُبض عليهم في المنتزه.

لم أكن قد قررت أن اختار مهنة متعلقة بالتشريح لما تعرّفت على إتش. إتش. وولارد، إلا أنّ الروح التي بعثها ستظل معي للأبد. كان هناك شيءٌ واحد يدفع بالسير ريغينال هيمب للسماح لطلبة الطب بالتنقيب في جسده بعد الموت؛ كان شيئاً مختلفاً للبشر الأحياء دعوةُ جرّاحٍ ليُزيل غطاء الجلد، ويدخل لما تحته ثم يستكشف مكوّنات أجسادهم التي لم يسبق لهم رؤيتها. أتذكر دائماً ذلك الامتياز، وما تعلّمته من الجثّة، في كل مرّة أُمرّ فيها المبضع على جلد مريضٍ حيّ.

قراري التخصص في الجراحة، الذي اتخذته بعد بضع سنين، كان بتأثيرٍ من مُحاضر آخر، الرجل الذي تبوّأ المقام العالي لجرّاح العائلة الملكية في إنجلترا التي منحته اسماً رفيعاً يتلاءم مع دوره: سير لاونسلوت بارينغتون وارد (Sir Launcelot Barrington -Ward).

كان سير لاونسلوت يُدرّب طلبته كما يفعل رقيب التدريب العسكري[١]، محاولاً أن يغرس فينا ردود الفعل المُناسبة والضرورية عند حصول الطوارئ الطبيّة. كان يطرح السؤال التالي على كل قادمٍ جديد يُساعده في الجراحة: «ما الأداة الأصلح في حالة النزيف الغزير؟» عادة ما يُجيبه المُساعد: «المُرقئ [ملقط للشرايين][٢]»، فخوراً بنفسه أن أتى بإجابة فورية، ليرد سير لاونسلوت مُهمهماً عبر كمّامته: «لا، لا، هذا للشعيرات الدموية الصغيرة. عند الطوارئ، استخدام المُرقئ فوراً ربما يضر أكثر مما ينفع. قد يُتلف الأعصاب، ويمزّق الشُّعيرات الدموية ويعطب النسيج الخطأ، ويُعقّد عملية التشافي. لديك أداة مثالية ذات بطانة عريضة وناعمة تُحيط بنهاية إبهامك. استخدم إبهامك!» سأل بعد أيامٍ المُساعد نفسه السؤال نفسه، ليختبر زمن رد الفعل.

لا أزال أذكر سير لاونسلوت في وسط طاولة العمليات، بهدوءٍ تام، وإبهامه يضغط على ثُقب في الوريد الأجوف لمريض. غمز إليّ وقال: «ماذا ترى، سيد براند: هل لنا أن نضع مشبكاً أم نخيطه؟» بالمثال كان يُلقن أحد أشد الدروس أهميةً للجرّاح الشّاب: لا تذعر. كان يقول: «ستقترف الأخطاء إذا ما أُصبت بالذعر. والنزيف السريع يولّد الذعر، لذا لا تهرع بالأدوات. استخدم إبهامك حتى تتأكد مما ستفعله، ثم افعله بحذر وأناة. لن تصبح جراحاً أبداً ما لم تتخطّ غريزة الذعر».

استمعت إلى نصيحة سير لاونسيلوت، لكن لم أعرف ما إذا كانت لديّ مَلكَة للجراحة قبل أن يُقدّم موقفٌ حرجٌ نفسَه. جاءت تلك اللحظة أبكر مما توقّعت. كُنت أعمل في قسم العيادات الخارجية الكبير[٣] حيث

---

(١) رقيب التدريب العسكري (A drill sergeant): الرقيب المسؤول عن تدريب المُجنّدين الجدد في الجيش. (المترجمة).

(٢) مُرقئ (hemostat): ملقط خاص لإيقاف النزيف. (المترجمة).

(٣) قسم المرضى الخارجيين (outpatient department) أو العيادات الخارجية (outpatient clinics): قسم في المستشفى يُخصص للمريض القادم للتشخيص أو العلاج ولا تستدعي حالته التنويم. (المترجمة).

أتعامل مع مشكلات يومية: ضمادات تحتاج لتغيير، طفل أدخل حبّة بازلاء في أذنه عميقاً حتى وصلت القناة السمعية. وكان بالجوار غرفة عمليات صغيرة مُعدّة للعمليات الجراحية البسيطة. وفجأة، تندفع ممرضة بزيّها الملطّخ بالدم. كان على وجهها نظرة مذعورة مرعوبة. نادتني: «تعال بسرعة». انطلقت إلى الباب المجاور، ورأيت جراح امتياز يُمسك بكومة من الضمادات على رقبة امرأةٍ شابة. دمٌ أسود داكن كان قد كوّن بركة تحت الضمادات، ويتسرب الآن من رقبة المرأة إلى الأرض.

طبيب الامتياز، وقد ابيضّ لونه كجثة، أعطاني توضيحاً سريعاً: «كُنت أريد الغدة اللمفاوية في عنقها. رئيسي كان يريد أن آخذ خزعة، إلا أني الآن لا أستطيع رؤية أي شيء بسبب الدم».

كانت المريضة نفسها تنظر مرعوبة. أتت لإجراء لن يتطلب منها المكث في المستشفى وتحت التخدير الموضعي، لتجد نفسها الآن تنزف حتى الموت تقريباً. كانت تتخبّط وتصدر غرغرة.

كنت قد ارتديت زوجاً من القفازات بينما كان طبيب الامتياز يتحدّث. لما أزحت كومة الضمادات، رأيت قطعاً صغيراً، طوله أقصر من إنشين، بغابة فعلية من الملاقط تبرز من الجرح. لابد أن أغلبها تم إدخاله بطريقة عمياء عبر الدم الغامق الذي اندفع غزيراً من الأسفل.

«استخدم إبهامك!» كنت أسمع نصيحة سير لاونسيلوت التي كان يملأ رؤوسنا بها. أزلت سريعاً جميع الملاقط، وبكل بساطة ضغطت بإبهامي المغطى بالقفاز، تاركاً إياه ليغطّي الثقب. كان نبضي يتسارع، إلا أني لم أفعل شيئاً سوى إبقاء إبهامي في مكانه لعدة دقائق حتى تلاشى الذعر الذي في الغرفة، وداخلي، وداخل المريضة.

ثم، بصوتٍ منخفض، قلت: «الآن، لننظف قليلاً، أيتها الممرضة، هل يمكن أن ترسلي لي أخصائي التخدير؟ لِمَ لا تذهبين إلى الردهة وترين من عليه المناوبة». شعرت، شيئاً فشيئاً، بالمريضة ترتاح تحت إبهامي.

شرحت أنه سنُنهي العمل ونُغلق الجرح لها، وسترتاح أكثر إذا ما نامت خلال عملية المعالجة هذه.

لمّا نامت أخيراً، وبإبهامي ضاغطاً على موقع النزيف، طلبت من طبيب الامتياز توسيع القطع قليلاً، ثم جسسته حتى وجدت مصدر النزف. رأيت كل ما حصل. كان طبيب الامتياز قد اتّبع الإجراء الروتيني لأخذ الخزعة: حقن مادة النوفوكايين (novocaine)[1] في منطقة العنق، إحداث قطع صغير، إمساك العُقيدة[2] بالملقط، سحبها، قطع ما حولها، ثم قصّها من جذرها. مشكلة واحدة لم يتوقعها: أطراف العُقيدة قد امتدت جذورها للأسفل وأحاطت بحبل الوريد. طريقته في القص جرحت بلا قصد جزءاً من جدار ذلك الوريد الضخم. وواجهت المرأة فعلاً خطر النزف حتى الموت. إلا أننا الآن لدينا الوقت الكافي لإصلاح الضرر وإغلاق الجرح.

مواجهتي مع نقل الدم أقنعتني أنه لا بد أن أدرس الطبّ، وعكس هذه المواجهة، الفقد الحاد للدم، أسهمت في إقناعي أنه عليّ التخصص في الجراحة. لطالما أحببت العملية الآلية للجراحة، منذ أيام دراسة التشريح. إلا أنّي لم أعرف رد فعلي الغريزي للموقف الطبّي الحرج حتى تم اختباره. أعتقد الآن أني أستطيع التعامل مع ضغوطات غرفة العمليات.

على شفير الثورة

اخترت الجراحة؛ لأنها بدت الطريقة الحقيقية لتقديم المساعدة. اندلعت الحرب مع ألمانيا وامتلأت المستشفيات بجرحى القنابل ممن

---

(١) مادة نوفوكايين (Novocain): مخدّر موضعي. (المترجمة).

(٢) العُقيدة (nodule): نسيج غير عادي ينمو تحت الجلد كعَرَض لبعض الأمراض. (المترجمة).

يحتاجون إلى التدخل الجراحي. بالإضافة إلى ذلك، كان جانب كبير من عمل الطب جراحياً، وكانت مهمة الطبيب فيما عدا ذلك في الأغلب التشخيص.

يُمايز الأطباء أنفسهم في المقام الأول بقدرتهم على توقّع مسار المرض. كم من الوقت ستستغرق الحمى؟ هل يوجد آثار طويلة المدى؟ هل سيموت المريض؟ كان يتعافى المرضى من الأمراض، إلا أن الفضل في المقام الأول يعود إلى أجهزتهم المناعية، المُعززة شيئاً قليلاً بمساعدة خارجية. إن مفهوم التشافي التام عبر طريقة تطبيب معيّنة يتخطّى حدود الطب. تعرّفنا مرّة نوعاً من البكتيريا أو الفيروسات يُسبب مرضاً ما وصنّفناه، كنا حينها عاجزين عجز الأطباء من قرنٍ غابر. لم تكن كلمة المضاد الحيوي قد استُخدمت بعد.

وباء الإنفلونزا الذي تفشى ما بين عامي ١٩١٨ و١٩١٩م، الإنفلونزا التي بنت سُمعة والدي في كولي مالاي، أظهرت بوضوح ذلك العجز. بلغت وفيات ذلك الوباء ٢٠ مليوناً حول العالم، متجاوزاً بذلك حتى مجزرة الحرب العالمية الأولى. أعظم الأخصائيين الصحيين حينها لم يستطع فعل أكثر مما فعله والدي: الوقوف إلى جوار المرضى أثناء انتظار الموت، تحميمهم، وتقديم الحساء أو مغذٍّ آخر. أورَة الخوف والاستفهام التي أحاطت بالإيدز في الوقت الذي أكتب فيه هذه السطور في بدايات التسعينيات، وهو المرض الذي يُمكننا عزله، وتحديده، والتعرف عليه، لكن بلا أدنى معرفة حول كيفية علاجه، ينطبق على شريحة واسعة من الأمراض خلال نصف القرن الماضي.

أيُّ عدوى بسيطة كانت تعني خطراً قاتلاً ـ حيث لم يكن لدينا ببساطة أي طريقة لتثبيط تقدّمه. بكتيريا المكوّرة العقدية (streptococcus) التي تتولّد عن وخزة الإبرة قد تنتقل إلى ذراع الممرضة ـ بإمكانك مشاهدة تقدّم خط أحمر رفيع تحت جلدها ـ وتقتلها. دمل متقيّح في أرنبة الأنف

يتسبب بتبعات رهيبة، حيث قد ينتقل عبر وريدٍ ما إلى أحد الجيوب ومن ثم إلى الدماغ. (إياك ثم إياك أن تعصر دملاً ظهر على الأنف)، بذلك كنا نُحذر مرضانا. في معالجة جروح العين، وعند بواكير الإصابة بالعدوى كانت العين عادة لا تزال عوضاً عن المخاطرة برد الفعل السيمبثاوي(١) من العين الأخرى.

فترة الحرب أضافت مخاطرة أخرى إذ إن إصابات المعركة هيّأت بيئة التكاثر المثالية لأبواغ البكتيريا التي تسبب غاز الغرغرينا. ولتعقيد الأوضاع، كان لبيئة المستشفى مخاطرها. إذا ما، وخلال العمل على جرح جنديّ جرّاء قذيفة، أدخلنا بالخطأ البكتيريا العنقودية في منطقة العظم، نكون قد تسببنا بلا شك بمرضٍ مزمن. بإمكاننا العمل مرة أخرى وتنظيف محل العدوى، إلا أن التعفّن سيظهر ولا بد في مكان آخر، قد يكون في الكاحل أو في غضاريف أحد الأرداف(٢).

في هذا الجو الخانق من العجز هبّت أولى نسمات التغيير والأمل. بلغنا أولاً تقارير مُبشرة عن مَرَض الزُّهري. كل شخص في مدينة عالمية

---

(١) رد الفعل السمبثاوي (sympathetic reaction) يُقصد به عمل الجهاز السمبثاوي (sympathetic nervous system) المسؤول عن ردود فعل الجسم عند تعرّضه لأحوال غير عادية. (المترجمة).

(٢) بذل إيغناز سيملويز (Ignaz Semmelweis) وجوزيف ليستفير (Joseph Lister) جهوداً مضنية لإقناع المؤسسة الصحية أن المستشفيات نفسها كانت بيئة حاضنة للجراثيم الفتّاكة. الوفيات بسبب الولادة تقلصّت ٩٠ بالمئة في عامٍ واحد لما أقنع سيملويز مستشفيات فينيسيا بتطهير [أيدي القابلات] واستخدام المياه المعقّمة. ومع نهاية عام ١٩٧٠، كان يموت واحد من بين أربعة مرضى خضعوا للجراحة بسبب العدوى التي سببتها الجراحة (شاع تسميتها «غرغرينا المستشفيات (hospital gargrene)» أو «أُكال الجرح (mortification)» وفي إنجلترا استخدم جوزيف ليستر في منطقة العمليات بخاخاً مُعقماً مكوّن من خليط خفيف من أسيد الكربوليك (carbolic acid)! وعلّم جميع الجراحين العملية المكثّفة للتعقيم الأوّلي. حتى خلال أيام دراستي، كانت الجراحة في المستشفى لا تزال تتسبب أحياناً بالعدوى. تُجرى العمليات أحياناً في المنزل لتفادي بكتيريا المستشفيات. (المؤلف).

مثل لندن يعرف أن المِشية المترنحة بقدمين تضربان الأرض علامة ضرب الزُهري للجهاز العصبي المركزي، وهو بداية محتملة للعمى، والعته، وأخيراً الموت. يلجأ الأطباء أحياناً إلى العلاج الجذري لأسوأ الحالات: يحقنون المرضى عمداً بالملاريا، على أمل أن تطرد موجاتُ الحمّى الزُهري، ثم معالجة الملاريا بمادة الكينين (Quninine). على الرغم من ذلك، فإنّه خلال الثلاثينيات، انتشر خبر عن نجاح تجربة معالجة الزهري بمشتقات زرنيخية. لكن ما زلت أتذكر كيف بدت غريبة، أقرب للمعجزة، القدرة على إيقاف مرضٍ في أحد أطواره.

في عام ١٩٣٥م، قدّم العلماء الألمان اكتشافاً مُثيراً وهو أنّ مركّبات كيميائية مُعيّنة قتلت فعلاً البكتيريا دون إلحاق الضرر بالنسيج، وخاصة مركب كيميائي أحمر اسمه برونتوسيل (Prontosil) (وله تأثير جانبي رهيب في تحويل لون المريض إلى الوردي الفاتح). العلماء البريطانيون، الذين هرّبوا قليلاً من البرونتوسيل عند اندلاع الحرب، حللوا الصبغة وحددوا العنصر النّشط، وهو السلفانيلاميد (sulfanilamide)، الذي أصبح الأوّل في جيلٍ جديد بالكامل من عقاقير السُلفا[١]. لما تم تداول القصة في أنحاء إنجلترا: قصة أنّ عقار سلفا قد أنقذ حياة وينستون تشيرشل (Winston Churchill)[٢] من عدوى بكتيرية مُميتة في شمال أفريقيا، ليُدخل أخيراً مُصطلح «العقار المُعجزة» إلى مفردات اللغة.

كنا نعايش نحن طلبة الامتياز والأطباء المقيمين في بدايات الأربعينات شعوراً غريباً متعلّقاً بشهود حقبة ازدهار مُبهرة من تاريخ الطب.

---

(١) عقاقير السلفا (Sulfa drugs): عقاقير يدخل ضمن تركيبتها مجموعة السلفوناميد (sulfanilamide)! التي توقف نمو البكتيريا في العديد من الأمراض. (المترجمة).

(٢) وينستون تشيرشل (Winston Churchill) (١٨٧٤ ـ ١٩٥٦م): سياسي بريطاني مُحنّك، قادته لسدّة الرئاسة الحرب العالمية الثانية، وقاد المملكة المتحدة إلى عدة انتصارات، وأحد أهم اللاعبين في مسيرة قيام الكيان الصهيوني على أرض فلسطين المحتلّة. (المترجمة).

يُعلّق أحياناً بعض الأساتذة القُدامى بأسى: «أوه! ستنطلق الآن!»[1] بدا جليّاً أنّي قد دخلت كليّة الطب في مستهل ثورةٍ ما.

لمست التغيير الحاصل في الطب أكثر ما لمسته في مشروعين بحثيين منفصلين خلال فترة عملي في يونيفيرسيتي كوليج. المشروع الأول، الذي انطلق قُبيل انتعاش مجال الكيميائيات، كان يترأسه رجلٌ من الطبقة العُليا اسمه إلينغورث لاو (Ilingworth Law)، وهو مهندس دخل كلية الطب في عمر الخامسة والأربعين ليبدأ مهنة جديدة في الطب. تحيّر لاو من العدوى التي تميل للانتشار عبر اليد من موضع الإصابة على الإصبع. من تشريحه لأيدي الجُثث، درس ميكانيكية حركة السوائل (hydraulics of fluids) في الأصابع. كان يحقن مزيجاً معلّقاً[2] من الماء وأسود الكربون (carbon black) (مقداراً ضئيلاً للغاية من الغبار الأسود (black dust) بحجم جُزيئات الصديد) في الأصابع، ثم يكرر ثنيها وبسطها، متتبعاً مسار أسود الكربون.

أتذكر حماسة إلينغورث لما اكتشف أن حركة الطيّ اليسيرة كانت المسؤولة عن نشر العدوى في سائر اليد. قال بنبرة المنتصر: «بإمكاننا إيقاف العدوى عن الانتشار! كل ما علينا فعله هو شلّ الأصابع لمنعها من الانثناء. بإمكاننا حصر العدوى في مكان داخلي ثم التخلص منها». انتشرت أساليبه سريعاً في مستشفانا. وما لبث أن نشر دكتوره أوراقاً عملية في ذلك، ولم يذكره إلا إشارةً في مواضع، ولم يذكره أبداً في مواضع أخرى.

قدرة حصر العدوى عن الانتشار توقفت عند حدود الطب في عام

---

(١) لربما قصد الأساتذة بذلك التكاليف الباهظة على جميع الأصعدة التي ستعقب نتائج هذه الثورة (المترجمة).

(٢) المزيج المُعلّق (a suspension): محلول يحتوي على مادة صلبة غير ذائبة في السائل. (المترجمة).

١٩٣٩. إلا أنه وبعد أربعة أعوام، كان يجرّب أطباؤنا المقيمون طريقة علاجية جديدة تعِد بما لم يتجرأ عليه عقارٌ قبله: البنسلين (penicillin)، التقدم الوحيد الأعظم تقريباً في تاريخ الطب صار قيد الاستخدام.

تفاصيل اكتشاف أليكسندر فليمنغ (Alexander Fleming) للبنسلين في عام ١٩٢٤م صارت من المفاخر الحقيقية. عمل في المعامل المبعثرة التي أقل ما يُقال عنها: إنها فوضوية، وغالباً ما يُظهر بحثه شيئاً من الغرابة (كان يحب مسح بعض الجراثيم المختارة على طبق الزّرع حتى إذا ما تداخلت البكتيريا التي تُنتج ألواناً بعد أربع وعشرين ساعة ستكوّن صورةً أو كلمة. كانت البكتيريا توقع بأسمائها: على سبيل المثال: «بيضاً» أو «دموعاً»، سطح الأغار[1] سيُغطى بالزُّلال أو دموع البشر[2]).

دخلت بواكير أبواغ البنسلين معمل فليمنغ بمحض الصدفة، هبّت على الأرجح عبر النافذة المفتوحة. في متحفٍ في إنجلترا رأيت طبق الزّرع الأصلي الذي لحِظ عليه فليمنغ أول ما لاحظ الخصائص غير العادية للبنسلين. كان يحاول استزراع بكتيريا عنقودية وليس العفن، وعلى أطراف الطبق، التصقت مستعمرات من العنقوديات زاهية، كالمجرات في أطراف الكون. وقريباً من المركز، بالرغم من ذلك، تحوّلت للون الشاحب، تشبه تقريباً صور الأشباح. وحول بقعة العفن نفسها كان طبق الأغار مظلماً؛ لم تكن البكتيريا مرئية. الفتحة السوداء للبينيسليوم نوتاتيوم (Penicillium notatum)[3] ابتلعتها جميعها.

لاثني عشر عاماً، متقطعة، عمل فليمنغ على البنسلين. بغض النظر عن قدرته المميزة في قتل البكتيريا الضارّة، أظهر البنسلين إمكانيات

---

(١) مادة الأغار (Agar): مادة شمعية يُغطى بها طبق الزّرع للاستزراع. (المترجمة).

(٢) كان أليكسندر فليمنغ يختبر دموع البشر لاستكشاف مادة اللايسوزايم (lysozyme) ثم الزُّلال (بياض البيض) لاحتوائه على تركيز أعلى من هذه المادة. (المترجمة).

(٣) بينيسليوم نوتاتيوم (Penicillium notatum): الاسم العلمي لمضاد البنسلين. (المترجمة).

محدودة للعمل كعقار: كان سامّاً وغير مستقرٍّ ويتحلل بسرعة داخل جسم الإنسان. ومع ذلك، احتفظ فليمنغ بقدر كافٍ من العفن (من النوع النادر نظراً لمحدوديته) وجعله يتكاثر ليتزوّد منه هو والآخرون.

في عام ١٩٣٩، بعد أكثر من عقد من اكتشاف فليمنغ، هوارد والتر فلوري (Howard Walter Florey)، أظهر شاب أسترالي أخصائي في علم الأمراض في أكسفورد اهتماماً بالبنسلين. ما اختار إلا أسوأ وقتٍ لإطلاق مشروعٍ بحثي غالٍ: طلبه للدعم الحكومي جاء بعد ثلاثة أيام من إعلان بريطانيا الحرب على ألمانيا. في حين كان تدفع مدرّعات هتلر بالجيش البريطاني نحو مدينة دونكريك (Dunkirk)، كان فلوري يُجري أوائل اختباراته العيادية على الفئران، يحقنها أولاً بالعُقيديات ثم بالبنسلين. كانت التجربة واعدة للغاية حتى إن فلوري، بعد علمه بخسارة معركة دونكريك، احتفظ بأبواغ البنسلين في بطانة معطفه حيث إذا ما حصل احتلال ألماني، سيتمكن من تهريب العفن خارج البلاد. في وقتٍ لاحقٍ من تلك السنة، أجرى فلوري اختباراتٍ عيادية على المرضى من البشر، وحقق نجاحاً مُثيراً[(١)].

صار معمل فلوري مصنعاً للبنسلين. كان يستزرع العفن في مخضّات الحليب والفخّار وصفائح الغازولين، وعلب البسكويت، وأي وعاء كان

(١) توصّل فلوري لسبب فشل تجارب فليمنغ العيادية: البنسلين الذي تم استخدامه حتى بعد إجراءات التعقيم الطويلة كان شائباً بنسبة ٩٩,٩. ما إن تعلّم فلوري تعقيم العقار وزيادة قدرته، تمكنت كمية قليلة من البنسلين من قتل البكتيريا. هذه الكميات القليلة التي نصفها كانت تُدهش الطبيب في ذلك الزمن. في عام ١٩٤٥م أجريتُ اختباراتٍ ممثلاً عن مجلس البحث الطبي (Medical Research Council) لتقرير الجرعة الصحيحة لمعالجة الأطفال المصابين بعدوى البكتيريا العنقودية في مجرى الدم. وجدنا أن جرعة يومية مقدارها ١,٠٠٠ وحدة من البنسلين لكل كيلو غرام من وزن الطفل ستكون كافية للقضاء على العدوى بأطوارها. اليوم، وبسبب مقاومة سلالات [البكتيريا]، يحتاج الطبيب إلى وصف مئات الأضعاف من تلك الكمية. (المؤلف).

يجده. حكومات التحالف (Allied governments)، التي أدركت سريعاً إمكانيات العقار عند استخدامه ضد العدوى في المصابين من الجنود ـ وكذلك ضد داء السيلان الذي كان يسبب خسائر أكثر مما يُسببه العدو ـ قدّمت دعماً كاملاً. تم حجز معمل جبن قديم لإنتاج البنسلين. وافقت شركة ديستلير (Distiller's Company) على تحويل بعض خزاناتها الضخمة من تخمير الكحول إلى تخمير العفن. هذا الجهد الهائل أنتج كمية ضخمة قدرها اثنان وتسعون باونداً من البنسلين النقي في عام ١٩٤٣م. حشد الأمريكان عدتهم وعتادهم ترقباً ليوم دي. داي (D-Day)[١]. السلطات البريطانية حدّت من استخدام العقار ليستخدمه الجنود ويوزّع توزيعاً مدروساً على المستشفيات المعتمدة.

كنت أقوم بجولات في مستشفيات لندن الحضرية في أوّل مرّة تعاملت فيها مع البنسلين مباشرة. في ليفيسدون (Leavesdon)، مستشفى إخلاء، عالجت بعض ضحايا الانسحاب البريطاني من بولغن (Boulogne) ودونكريك. ذاع صيت العقار المعجزة كانتشار النار في الهشيم بين القوّات العسكرية. كانت الشائعة المنتشرة كالتالي: «بغض النظر عن سوء إصابتك، سيُبقيك ذلك الشيء على قيد الحياة». لم يكن من عقار ولا حتى مورفين (morphine)[٢] في ذلك الوقت، أغلى منه ولا أرغَب. الجنود الذين تقررت معالجتهم يعتقدون أنهم سيملكون مناعة ضد جميع الأمراض؛ سيعيشون حياةً جديدة.

إلا أنّ هناك بعض الإشكالات متعلقة بالعقار المعجزة. المُقطّرات لم تصل بعملية التعقيم إلى نتيجة مثالية، والمحلول الثخين المصفَرّ كان

(١) دي. داي (D-Day) أو الإنزال النورماندي أو ساعة الصفر: عملية عسكرية بحرية كُبرى على ساحل نورماندي في فرنسا من العمليات التي قلبت ميزان القوى في الحرب العالمية الثانية لصالح الدول الحلفاء. (المترجمة).

(٢) المورفين (morphine): مُسكّن ألم قوي يُستخرج من نبات الخشخاش المُخدّر. (المترجمة).

يهيج عند وضعه على الأنسجة الحية. يُحقن في الوريد، ثم يتجلّط، أو يضيق كرد فعل دفاعي. يُحقن في الأَدَمَة فيُنخر الجلد. كان بإمكاننا إعطاؤه في العضل فقط، يُفضل أن تكون الألية، كي يُمكن إدخال الإبرة إلى نقطة عميقة. كان يُحرق كما الأسيد، وتصبح مؤخّرات الجنود متورمة للحد الذي يجعلهم ينامون على بطونهم. والأسوأ من ذلك كلّه، كان لا بد من حقن العقار كل ثلاث ساعات.

كان في مستشفى ليفيسدون للإخلاء في الأيام الأولى لبرنامج البنسلين حيث تعلّمت درساً، حول الدور القوي، وحتّى الأخّاذ، الذي يلعبه العقل في إدراك الألم. قال مونتاغين (Montaigne)[1]: «نشعر بشقٍّ واحد بالمبضع كشعورنا بعشر ضربات سيفٍ إذا ما حمي الوطيس». أحد مرضاي، رجل اسمه جاك (Jake)، أكّد حقيقة تلك العبارة.

البطل المذعور

تم إخلاء جاك من شواطئ بولوغن. يُحب أصدقاؤه سرد قصة بطولته. خلال محاولة التقدم وتدمير موقع العدو، كان قد أرسل إلى المنطقة المحرّمة (a no -man's -land) بين الخنادق. أصابت ساقيه شظية مدفعية وهشّمتهما. خطط ليزحف إلى الأمان النسبي لخندق فرديّ، ومن حيث نظر للأسفل رأى أن ساقيه صارتا هشيماً. بعد دقائق معدودة، اطّرح أحد أصدقاء جاك على الأرض قريباً منه. ومن خندقه رآه جاك مستلقياً في منطقة مفتوحة، غائباً عن الوعي ومعرّضاً لنيران العدوّ. سحب جاك نفسه من الخندق بطريقة ما، وزحف إلى صديقه، بساقيه المهشّمتين اللتين تتدليان من خلفه، ققفل عائداً مع صديقه إلى المكان الآمن.

تم اختيار جاك للتداوي الجديد بالبنسلين وذلك لمكافحة عدوى

---

(١) مايكل دو مونتاغين (Michel de Montaigne): فيلسوف فرنسي عاصر عصر النهضة في القرن السادس عشر. (المترجمة).

جانبية حادّة في ساقيه. وفقاً لأصدقائه، فلا أحد يستحق ذلك أكثر منه. إلا أن جاك نفسه لم يتمكن من تقدير هذا الشرف. كان يستطيع التعامل الحقن التي تُعطى خلال فترة النهار حين يكون أصدقاؤه يقظين ولديه كثير للتركيز عليه، إلا أنّ نداءات الإيقاظ عند الساعة ٢,٠٠ صباحاً والساعة ٥,٠٠ صباحاً، كانت تتجاوز كثيراً عما يُمكنه تحمّله. اشتكت ليلة لي مُمرضة من أن جاك يبكي كالطفل لما اقتربت من سريره في الليل. قال صارخاً: «أرجوك، لا! ابتعدي!» تصدّى لها وأمسك بمعصمها لما حرّكت الإبرة باتجاهه.

قالت الممرضة: «إنّه فاقد الأمل، د. براند»، وأكملت: «لا أظنّ أنه بإمكاني إعطاؤه العلاج. بالإضافة إلى ذلك، فإنه يُزعج الجناح».

صار أمر إقناع جاك لي بما أني الجرّاح المقيم. قررت [التحدّث] إليه بصراحة، رجلاً إلى رجل: «جاك، أخبرني الشباب كلّهم أنك بطل. حتى ألم الساقين المكسورتين لم يمنعك من الحفاظ على [روح] صديقك في المنطقة المحرّمة. قل لي الآن: لِم تُسبب لنا المتاعب بسبب إبرة تُغرز في الجزء الخلفي من جسمك؟».

تحوّل وجهه ليكون كما لو كان لطفلٍ مُشاكس وقال: «ليس [الموضوع] الإبرة فقط، أيها الطبيب. لربما كان ذاك البنسلين جيداً، إلا أنّه يُحرق ويُمضّ! ليس في الجزء الخلفي من جسمي مكانٌ لا يؤلمني»، [فرددت]: «نعم، هو يمضُّ يا جاك. إلا أنّك بطل. وقد برهنت أنه كيف بإمكانك التعامل مع الألم»، [فكان رده]: «أوه! في أرض المعركة، نعم. تجري العديد من الأحداث هناك، الضجيج ووميض [النار] وأصدقائي حولي. إلا أنه في هذا الجناح، ليس هناك سوى شيء واحد أفكر به طوال الليل وأنا مستلقٍ على السرير: تلك الحقنة. إنها كبيرة، وحين تُقبل الممرضة من نهاية الممر، تصبح أكبر وأكبر. لا أستطيع أخذها، د. براند!».

مشهد واحد يُساعد أحياناً في بلورة الأفكار والهواجِس التي كانت تعوم في بحر الشك لسنوات، وحديثي مع جاك فعل ذلك. سماعي لقصته على ألسنة جنودٍ آخرين جعلني أكوّن صورة ذهنية مُشرقة لبطل أرض المعركة الذي يُكافح كل الغرائز الوقائية بما فيها الألم، في سبيل صديقه. إلا أن الممرضة أعطتني تلك الليلة صورة جاك الجبان، ووجهه المنكمش خوفاً، منتظراً حقنة الليل. هاتان الصورتان، اللتان تداخلتا في حديثنا، أكّدتا حقيقة مهمة حول الألم: الألم يجده محلّه في الذهن، لا في أي مكان آخر.

كما تعلّمت مؤخراً، أن الدماغ البشري في جوهره ينصح نظام الألم بما يُريد أن يُلقّن. بتغييري لضمادات جاك وقراءة أشعته السينية، تكوّنت لدي فكرة عن ملايين إشارات الألم التي انتقلت من ساقيه المهشّمتين، إلا أنّه وفي وقت الإصابة سيطر على دماغ جاك ما هو أهم من ذلك بكثير، وأن رسائل الصراخ جرّاء الألم لم تُسجل ببساطة. لاحقاً، وفي غيابٍ تام لأي نشاط فيه منافسة أو تفكير، حُقنة البنسلين الضخمة صارت وضعاً قاهراً أكثر مما هي عليه وحالة طارئة تستدعي الانتباه.

خلال التعامل مع جاك، استنبطت أيضاً الحكمة من وراء التوجّه نحو الطب الذي تعلمناه تلك الأيام. مارسنا معالجة عامة أكثر للشخص عموماً؛ لأنّ لدينا قدراً قليلاً ومحدوداً من المساعدة لتقديمه. إلا أن جاك أظهر لِم يتوجب على العلاج الجيّد أن يأخذ في حسبانه الفرد «ككل» [فعليّاً]. كان عليّ إقناع جاك بطريقة ما أن المعركة التي يخوضها في جناح النقاهة، بالمعنى والقدر ذاته الذي تعنيه المعركة التي كان يُحارب فيها ببسالة على أحد شواطئ بولوغن.

٤
عرين الألم

«الحدس، على الرغم من أنّه نافع في الأغراض اليومية، إلا أنهّ يسهل تشويشه حتى بأبسط الأسئلة مثل «أين قوس قزح؟ حين تسمع صوتاً قادماً من مسجّل الغراموفون[(١)]، هل تسمع الرجل الذي تحدّث أم نسخة؟ حين تشعر بالألم في الساق التي بُترت، أين هو الألم؟» إذا ما أجبت بأنه في رأسك، هل سيكون في رأسك إذا لم تكن تلك الساق قد قُطعت؟ إذا ما أجبت بنعم، إذن بأيّ منطقٍ تعتقد أن لك ساقاً؟»

برتراند رَسِل (Bertrand Russell)

اهتمامي بالألم كان قد تأجج قُبيل عدة أعوام من قراري التخصص في الجراحة، في منعطفٍ ما خلال تدريبي الطبّي. كنت قد بدأت سنتي الدراسية الثانية في شهر سبتمبر من عام ١٩٣٩م، وتزامن ذلك مع زحف النازيين نحو بولاندا، وردّت إنجلترا بإعلان الحرب. قررت السُّلطات أن لندن، من الأهداف الرئيسية للقنابل الألمانية، لم تعد مكاناً لطلبة السنة الثالثة[(٢)] في كلية الطب.

---

(١) الغراموفون (gramohphone): أوّل ابتكار لتسجيل الأصوات والاستماع إليها. (المترجمة).

(٢) يُطلق على السنة ما قبل الأخيرة من الدراسة الجامعية (Junior year)! قد تكون السنة الثالثة =

نقلوا أغلب زملائي في الشعبة إلى مدينة كارديف (Cardiff) في ويلز، وعلى شاطئ تلك المدينة الحالمة أبحرت للمرة الأولى في بحر ألغاز الألم والشعور.

لا أعرف اسماً لأبرز مصدر لما اكتسبته في كارديف، رجل ويلزي في منتصف العمر بشعر أسود أشعث وحاجبين نافرين. لم أرَ أبداً بقية جسده، ذلك أنه فُصل عنه. كنت قد تقدمت بمشروعٍ واعد للتشريح المطلوب منّي: كشف الأعصاب القحفية الاثني عشر (the twelve cranial nerves)[1] في الرأس وتتبع موقعها الأصلي في الدماغ.

من المعتاد أن تصلنا الجثث [التي نُشرّحها] بجماجم جوفاء، ذلك أنّ أدمغتها تُزال لصالح طلبة الجراحة العصبية. قال لي مُرشدي اللطيف الكبير في السن الأستاذ ويست (West): «لا تقلق. أعتقد أنّه بإمكاني تخصيص رأسٍ لك». ولم يمر وقتٌ طويل حتى ظهر رأس الرجل الويلزي، وبدماغٍ سليم.

تتطلب المحاضرات المعملية دخول معمل التشريح ثلاث صباحاتٍ أسبوعيّاً، إلا أني وجدت نفسي أعود للمعمل كلما تسنّى لي وقت الفراغ، وغالباً ما أقضي وقتي هناك حتى الليل. لم تتركني رائحة الفورمالديهيد أبداً، التصقت ببشرتي حتى أثّرت على طعم الطعام، ومعجون الأسنان وحتى الماء.

وبالنظر إلى تلك الفترة، يبدو المشهد مرعباً قليلاً. كلية الطب في كارديف شغلت مبنًى إدوارديّاً[2] صخريّاً مبنيّاً بالجَمَلونات والدرايا

= إذا كانت مدة التخصص أربعة أعوام أو الرابعة إذا ما كانت مدته خمسة أعوام، وغالباً ما تُعد منعطفاً مهمّاً في حياة الجامعي. (المترجمة).

(١) الأعصاب القحفية الاثنا عشر (the twelve cranial nerves): أعصاب ثنائية في الجهاز العصبي الطرفي تربط ما بين العضلات وأعضاء الحسّ في الرأس ومنطقة الصدر والدماغ مباشرة. (المترجمة).

(٢) العِمارة الإدواردية (Edwardian architecture): نمط معماري تم تطويره خلال فترة حكم =

والأروقة ذات الزوايا، المسرح المثالي لقصة رعب قوطيّة[1]. في غرفةٍ كبيرة مغطاة بقماش، جلست وحيداً تحت مصباح المعمل الرأسي مُثبتاً نحو رأس جثة. كتب ليوناردو دافينشي (Leonardo da Vinci)[2] عن «خوفه قضاء ساعات الليل بصحبة هذه الجثث [المُشرّحة]، المقسّمة، والمسلوخة والمُفزعة عند رؤيتها». إلا أنّه حتى دافينشي، بسلطةٍ من الرومان، غضّ بصره عن الدماغ البشري.

رحلة إلى الداخل

لا شيء بالنسبة للجرّاح يُضاهي أبداً استشعار تمرير المبضع على الجلد الحيّ. تتبع الخط الدقيق بمبضعك ويتباعد نسيج الجلد ليكشف عن طبقاتٍ رطبة وملوّنة أسفله. يتحدّث إليك النسيج عبر السكين، مُخبراً مستشعرات الضغط اللطيفة في أناملك عن مكانك بدقة.

وعلى العكس منه الجلد المتخلل الصامت. تُحدث قطعاً ولا شيء يتدفق منه. كل طبقة لها القوام الجبني نفسه، فلا تمنحك أي فكرة حول العمق الذي انغرست إليه السكين. لهذا السبب يميل طلبة الطب لإحداث فوضى تشريحية ويتساءلون عما إذا كانت الحركات الخرقاء ستستبعدهم من الجراحة. لحسن الحظ أنّ الجثث لا ترفع قضايا على إساءة الممارسة، ويعرف الطلبة شيئاً فشيئاً أن الجسم الحي، بالرغم من أنه

= الملك إدوارد السابع (١٨٤١ ـ ١٩١٠م)، ملك المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وإيرلندا والكومونولث وإمبراطور الهند. حدث خلال فترة حكمه (١٩٠١ ـ ١٩١٠م) نقلات نوعية وتطورات هائلة على معظم الأصعدة وإلى عهده تُنسب. (المترجمة).

(١) الأدب القوطي (Gothic Literature): نوع من الأدب ازدهر في أوروبا خلال القرن الثامن عشر، يعتمد على إثارة الرّعب. (المترجمة).

(٢) ليوناردو دافينشي (Leonardo da Vinci (1519- 1452)) (١٤٥٢ ـ ١٥١٩م): أحد أهم فناني عنصر النهضة. كان رساماً ونحّاتاً ومعمارياً إيطاليّاً. يعتقد أن البصر أسمى حاسّة يتحصّل بها العلم، وهذا ما انعكس على دراساته وأعماله الدقيقة دقةً مبهرة. كان الفنان المُفضل لدى الكنيسة، ومن أشهر أعماله العشاء الأخير والموناليزا. (المترجمة).

أقل تسامحاً مع الأخطاء في تشريحه، أقل عرضة للأخطاء التشريحية.

لم أكن قد عملت بعد على الأجسام الحية عندما قدّمت [مشروع] التشريح في كارديف، إلا أنّي ممتن لتجربتي في النجارة حيث شعرت بالراحة خلال العمل مع أدوات من مختلف المواد. (يُخيفني إدراكي أنّ بعض الجرّاحين يحملون أوّل منشار في حياتهم عند قطعهم لعظمٍ بشري وأوّل مفك براغي يستخدمونه عندما يُثبتون صفيحة فولاذية في ذلك العظم!) حددت الخط النّاصف ابتداءً من نقطةٍ بين الحاجبين مروراً بالحرف الأنفي، وعبر الشفتين، وفوق الذقن نزولاً إلى الرقبة. ثم قطعت في الاتجاه الآخر، شاطراً فروة الرأس. نزعت الجلد عن جهة واحدة من الوجه وأزلت النسيج الدهني الضامّ، وحتى العضلات المتلألئة الوجهية، ذلك أنّي كنت أتتبع الأعصاب البيضاء الدقيقة.

من بين العديد من الأعصاب في الجسم البشري، هناك اثنا عشرَ عصباً تمر عبر الحبل الشوكي في خط مُباشر نحو الدماغ. وجّه إصبعاً على عيني وسترفّ. امضغ اللبان خلال الكلام وسينطلق لسانك داخل فمك وخارجه بطريقة خطرة ومُصدراً صوت مضغٍ عالياً وذلك للتحكم بقطعة اللبان تلك وامتصاص اللعاب، وفي الوقت عينه يتمدد من الأسنان إلى الحنك الأعلى إلى الشفاه ثم إلى الأسنان مرة أخرى، مُشكلاً مقاطع صوتية. هذه الحركات المُتسارعة، التي يقودها المُدخل الحسّي، مُمكنة الحدوث بفضل الطريق القصير والمباشر للأعصاب القحفية نحو الدماغ.

العصب القحفي (cranial nerve)، هو العصب الشمّي (olfactory)، كان من اليسير تتبعه. نشرت العظم ابتداءً من التجويف الأنفي الأعلى، قريباً من الحاجبين، لتظهر لي الصفيحة المصفوية (cribriform plate)، وهي عظمة بحجم دبوس الشعر ونسيج إسفنجي يدعم ملايين الشُّعيرات. حارس الشمّ المتطوّر، هذه الأهداب المتموجة عندما يهب الهواء كسُوق الرز، لتوقع في شراكها الجزيئات العطرية على أرضية لزجة لتحللها

البُصيلات الشمّية، تبدو هشّة للغاية، وأعلم أن ارتطاماً شديداً على الرأس لربما نزَع هذه المستقبلات، تاركاً الضحية بحاسة شمّ ضعيفة على الدوام. ما دام من الناحية التشريحية أن اثنين من البُصيلات الشمية جزءان من الدماغ نفسه يمتدان خارجه، لم يكن عليّ تتبع العصب حتى نهايته. سقف الأنف هو أرضية الدماغ.

بعد الكشف عن العصب الشمّي، وجّهت تركيزي بضعة إنشات إلى الأعصاب القحفية الأربعة المسؤولة عن البصر. ثلاثة منها تتحكم بحركات المُقلة (أكبر عصب بصري ينقل الصور المُرقمنة من الشبكة إلى الدماغ). بالتنسيق ما بين ست عضلات دقيقة، تمنح هذه الأعصاب نظام تتبعٍ متقدّم يسمح لنا بالتركيز، لنقل، على طائر حسّون وتتبع طيرانه العشوائي المنخفض نحو الأفق. هذه الأعصاب نفسها تتحكم بالاهتزازات المتناهية الصغر والغدد المطلوبة في نشاط القراءة.

الرّمش (saccade) هو الاسم الذي أطلقه المتخصصون في علم التشريح على أدنى حركة للمُقلة، مستعيرين الكلمة الفرنسية لحركة الفارس الذي يقفز بغتةً إلى الخيل المسروج. وتوافقت الاستعارة الأدبية [وضع المقلة]: إذا لم تكن عضلات العين الست المُقابلة مشدودة، كما السرج على ظهر الحصان الذي لا يهدأ، ستتقلب أعيننا للأسفل أو الأعلى، أو خارجاً نحو الأطراف، أو إلى الأسفل نحو الأنف. نظّفت طُرق الأعصاب نحو هذه العضلات الست وصحبني شعورٌ بالعجَب. يقع على عاتقها أعظم عمل بالنسبة لأي عضلة، حيث تتحرك ما يقارب ١٠٠,٠٠٠ مرّة يومياً (ما يُعادل مشي خمسين ميلاً بالنسبة لعضلات الساق). حتى إنها تُشارك في أحلامنا: يُغلق الدماغ طرق الحركة الأخرى، إلا أنّه ولسبب ما يقبل الحركات السريعة للعين (REM) خلال النوم.

لن أكف عن سرد تفاصيل الأعصاب القحفية الأخرى، التي مكّنت الرجل الويلزي من التذوق والسمع والابتلاع والكلام وتحريك رأسه

وعنقه، وحتى استشعار الشفاه وفروة الرأس. باقتراب موعد نهاية التشريح صرت مهووساً بمشروعي أكثر فأكثر، أتغيب عن المحاضرات لأقضي وقتاً أطول مع رأس جثتي. القنابل (ما لبثت الطائرات الألمانية حتى استهدفت كارديف) والحرب خارجاً بدت بعيدة كلما تعمقت أكثر فأكثر، في الدماغ نفسه متتبعاً فريستي إلى محل اللغز المُحال.

عند العمل على القشرة العظمية للجمجمة، كنتُ أضرب بالمهباج والإزميل، كما في أيامي التي عملت على قطع الصخور فيها. في أحيانٍ أخرى، وخلال تخريم الطبقات الرقيقة للدهون والعضلات الليفية، كنت أتنفس رويداً رويداً حريصاً على توجيه الرأس المُسنن للمبضع نحو العصب. أتذكر ميلاً طفيفاً للسكين بينما كنت أحاول تتبع العصب الذي يحمل مُستشعرات التذوق على طول الطريق المختصر عبر القناة السمعية. يا للهول! كان ذلك النوع من الأخطاء الذي يُسبب كوابيس للجراح: إذا ما أجريت عمليةً على مريض، سأضع نهاية فورية للمتع المتعلقة بالأكل والشرب. ألصقت بدهاء العصب بالصمغ، مُتمتماً بأدعية الشكر أني كنت أعمل على جثةٍ، لا إنسانٍ حيّ.

بعد شهرٍ من التشريح المُضني، أضفت بعض التفاصيل التجميلية لرأس جثتي. لوّنت الأعصاب القحفية بالصبغ الأصفر، لون الزبدة الطازجة، حيث ستظهر واضحة على خلفية العظم والمادة البيضاء. الخضاب الأرجواني للأوردة أضفى إضافة لطيفة، وأضفت المزيد من اللون للشرايين الشاحبة. شعرت بالفخر بالنتيجة النهائية: اثنا عشر خطّاً أصفرَ مميزاً تتعرّج عبر العظم والعضل في طريقها إلى الدماغ المتغضّن، حيث المكان الذي تتشعب فيه بكل بهاء.

فتح الأستاذ ويست الطريق بموافقته ووضع العينات للعرض، ولبضعة أيام استمتعت بمغامرات طالب المدرسة في مجال جراحة الدماغ. وبشكل غير متوقّع، لم أصبح جراح أعصاب، إلا أن تلك الأسابيع التي

قضيتها مع رأس الجثة ساعدتني على تشكيل فهمي للتحالف الغريب ما بين الدماغ وبقية أجزاء الجسم البشري.

الصندوق العاجي

علاوةً على ذلك، علمني مشروع التشريح تقدير العزلة المهيبة للدماغ البشري. لإزالة الغطاء السميك للجمجمة، حفرت خطّاً من الثقوب المتساوية المتباعدة، خططتُ خطّاً دقيقاً باستخدام منشار جيغلي (Gigli saw)، مُعملاً المنشار جيئةً وذهاباً [في الجمجمة]، رافعاً المربعات كأبواب الفخاخ. سحابة من غُبار العظام الدقيق علَت الغرفة ذلك اليوم، وكنت مُرهقاً، قد سُلب لبّي بوسائل الجسد للدفاع عن أعظم أعضائه قيمة.

ومن السخرية أن العضو الذي يثق به الجسد لتفسير العالم تطوّقه العزلة، منفصلاً عن ذلك العالم. العضو الذي منحنا الوعي يتدرّع بإدراكنا الواعي: على عكس المعدة، لا يُحدث أصواتاً، وعلى عكس القلب، لا يُشعر بإجهاده، وعلى العكس من الجلد، لا يمكن أن يُقرص. الجمجمة ـ السميكة للحد الذي لما رغبت بقصّها اضطررت للاتكّاء على زاوية ووضعت ثقلي كلّه على المنشار ـ تُعيق الدماغ عن كل مواجهةٍ مُباشرة مع الواقع. محجوباً في جمجمة مصمتةٍ، لا «يرى» الدماغ شيئاً أبداً. ترتفع حرارته أو تنخفض لبضع درجات؛ أي حُمّى تتجاوزها تقتله. لا يسمع شيئاً. لا يشعر بأي ألم: جراح الأعصاب، ما إن يدخل إلى الجمجمة، فإنه يستطيع استكشافه متى وكيفما أراد دون الحاجة للمزيد من التخدير. جميع المناظر والأصوات والروائح والحواس الأخرى التي تُعرف في الحياة تصل إلى الدماغ بطريقة غير مُباشرة: تُكتشف عبر الأطراف المحمية على طول المسارات العصبية، ويُعلن عنها باللغة المشتركة للإرسالات العصبية. بغرض إقصاء الدماغ، لا يهم أين تولّد البيانات. الفراش والذباب، مهيأةً بأعضاء التذوق في أقدامها، بإمكانها معاينة مشروب

غازي مسكوب بالخوض فيه. والقطط تستكشف العالم عبر شواربها.

خلال السنة التي قضيتها في كارديف، معامل بلايموث (Plymouth)، إنجلترا، [بالتعاون مع معامل] وودز هول، في ماساتشوستس (Massachusetts)، سجّلت أولى العلامات الكهربائية الصادرة عن الجهاز العصبي. بإدخال الأقطاب الكهربائية في محاور الخلايا العصبية الضخمة لحبّار، استطاع العلماء التنصّت على الخلايا العصبية المنفردة. سمعوا سلسلة من النقرات تشابه إلى حد كبير نسق شيفرة مورس (Morse code). المملكة الحيوانية بأكملها تستخدم النسق البسيط ذاته «حركة/سكون» لإيصال المعلومات إلى الدماغ. العصبون في الأذن البشرية، على سبيل المثال، يكتشف الهزّات في تردد ما ويرسل إشارة، ويتوقف لجزء من الألف من الثانية، وإذا ما استمرّ المُثير، أرسل إشارة أخرى. لا يشعر الدماغ نفسه بالهزة أبداً؛ إذ هو ببساطة يستقبل التقرير، في شكلٍ لا يختلف عن الشيفرة الرقمية المُستخدمة في الأقراص المضغوطة.

يعتمد الانتقال العصبي على تشكيلة بديعة من الكيمياء والكهرباء. وعبر «سلك» أو محور في خلية عصبية، لعصب مُتحفّز، تتراقص أيونات الصوديوم والبوتاسيوم داخل غشاء مُنفذ وخارجه، مُغيرةً الشحنة الكهربائية من الموجب إلى السالب حيث تهزّ الشحنة المحور على هيئة موجة. كل الاستشعارات المُستقبَلَة ـ رائحة الثوم، منظر لأخدود غراند كانيون (Grand Canyon) ألم الأزمة القلبية، صوت الأوركيسترا ـ متعلقة بهذه العملية للخلايا العصبية حيث تتقاذف الأيونات المشحونة على بعضها البعض[1] تقع على الدماغ مهمة تفسير جميع هذه الشيفرات الكهربائية

---

(١) كان الإرسال العصبي موضوعاً ساخناً أيام دراستي في كلية الطب. كان العلماء قد عرفوا ولسنين أنّ انقباض العضلات يتضمن إشارة كهربائية، إلا أنهم لم يفهموا آلية ذلك. في عام ١٩٣٦م، الصيدلاني الألماني أوتو لوي (Otto Loewi) مُنح جائزة نوبل (Nobel Prize) =

ويقدمها للوعي على هيئة صورة مرئية أو صوتٍ أو رائحة أو رعشة ألم، اعتماداً على طبيعتها وأصلها.

على المستوى الخلوي، تعج شبكة الألم بالمعلومات دون توقّف، وأكثرها لا يصل لمستوى الألم الواعي أبداً ذلك أن أجسامنا تتعامل مع الإشارات المعاملة المناسبة. المستشعرات في مثانتي تواصل التبليغ عن الامتلاء، والمستشعرات التي على سطح عيني تُبلغ عن عملية الترطيب الدهني. إذا ما كنت أستجيب بالذهاب إلى بيت الخلاء والرفّ بانتظام، لن تصبح [هاتان العمليتان مما يُسبب] الألم؛ أمّا إذا ما تجاهلت تذكيراتها اللطيفة عمداً لسويعات، فإنّي سأشعر بألم مُبرح. تعتمد صحة الجسم اعتماداً كبيراً على تيقّظ الجسم [التنبيهات] شبكة الألم.

الخلايا العصبية هي أكبر الخلايا في الجسم البشري - الخلايا العصبية الموجودة في الساق قد يصل طولها إلى ياردة - وهي الخلايا الوحيدة التي لا تتجدد كل بضع سنوات. خلال تشريحي لدماغ الويليزي في كارديف، بدأت بتصوّر تصميم الخلايا العصبية كشيء يشبه شجرة عظيمة اجتُثت في عاصفة شتوية: شبكة متداخلة من الجذور مضمومة أطرافها إلى شبكة متداخلة من الفروع في الدماغ عن طريق جذع طويل ومستقيم (يمثله المحور). في طرفٍ ما كإصبع اليد أو القدم، يعتمد العصبون على تفرعات «شعيرات الجذر» ليناقش مع العصبونات المُحيطة نوع الإشارة التي تُرسل للدماغ. قد يُشارك عصبون كبير المعلومات مع

= في الطب لاستكشافاته في المجال. كان قد تعرقل عمل لوي خلال محاولاته لفهم العملية الفعلية للإرسالات العصبية حتى رأى ذلك في حلم. استيقظ، خربش بضع كلمات على قرطاس ورقي، ثم عاد راضياً [بما فعله] إلى النّوم. وفي الصباح تبيّن أن خربشته غير مقروءة، وتفاصيل الحلم تفلتت منه خلال اليوم. رأى تلك الليلة ذلك الحلم مرة أخرى. قفز لوي هذه المرة من سريره وفزع إلى معمله وما حل الفجر حتى اكتشف الطبيعة الأساسية للإرسالات العصبية في عضلات الضفادع: شحنة كهربائية تنتقل عبر سلسلة من التفاعلات الكيميائية. (المؤلف).

العصبونات الأخرى طوال الوقت، ماراً بما يقرب من عشرة آلاف وصلة عصبية. إلا أن شعوراً كالألم، سواء تولّد في الأنامل أو في القدم، لا يُسجّل فعلاً حتى يُكمل الدّارة ويصل إلى الدماغ.

سانتياغو رامون كاجال (Santiago Ramon y Cajal)، والد علم الدماغ الحديث، وصف عصبونات الدماغ بأنها «الفراشات الخفيّة للروح، التي قد تكشف رفرفة أجنحتها - ومن يدري؟ - يوماً ما سرّ الحياة الذهنية». يؤدي سبر الجهاز العصبي إلى استثارة تعليقات كهذا التعليق. أين يمكن أن يكون إتقان الخالق مرئيّاً أكثر من مما هو مرئي في الدماغ، حيث يجتمع العقل والجسم معاً.

بالنظر إلى دماغ الرجل الويلزي عبر الأنابيب المكبرة، استطعت رؤية النهاية العلوية «لشجرة» الأعصاب، وفروعها تتقاطع فيما بينها مشكّلةً خيوطاً بيضاء لزجة متداخلة. كل عصبون لديه ألف أو ما يزيد من الوصلات فيما بينها، وبعض الخلايا في النخاع الشوكي لديها عدد كبير يُقدر بستين ألفاً. غرام واحد من نسيج الدماغ قد يحتوي على ما يُقدر بأربع مئة مليون من الوصلات المتشابكة، والعدد الكليّ للموصلات في الدماغ الواحد يُضاهي عدد النجوم في الكون. كل بت من البيانات ينتقل عبر السلاسل العصبية يُثير عاصفة كهربائية بين الخلايا الأخرى، وفي العزلة التامة لصندوقه العاجي، يجب أن يعتمد الدماغ على هذه الموصلات ليصير للتشويش المُثير في العالم الخارجي معنًى. سير تشارلز شيرينغتون (Sir Charles Sherrington) الحائز على جائز نوبل وعالم فيزيولوجيا عصبية مشهور في كليتي في لندن، شبّه نشاط الدماغ بالمغزل المسحور (enchanted loom) الذي يتشكّل من أنساق لأضواء دقيقة تومض ما بين إنارة وإعتام. من واقع هذا النشاط فائق السرعة - خمس تريليونات عملية في الثانية - نُشكل أنساقاً ذات معنى عن العالم. كثيراً ما كان، خلال عملي حتى ساعة متأخرة في غرفةٍ مظلمة إلا من التشكّل البيضاوي لضوء مصباح المعمل، تفكرت بالرجل الويلزي والعواصف الكهربائية في

دماغه. ما هي الرسائل التي يُكررها العصب السمعي لديه: موزارات أو ألبوم ذا بيغ باند ساوند (The Big Band Sound)؟ هل كان يعمل في معملٍ بين الضجيج مما أفقده سمعه تدريجيّاً؟ هل كانت لديه عائلة؟ إذا ما كان له، فقد تتابعت مناغاة أطفاله الأولى وهمسات حب زوجته على العصب الذي كنت أشرّحه في تلك اللحظة.

الفرع الفكّي للعصب القحفي الخامس الكبير للغاية شكّل صعوبة تشريحية، ذلك أنّ العصب يمر عبر الحنك، ويندمج في أماكن لا حصر لها لدعم الاستشعار المتعلق بالشفاه والأسنان. لما نفذت بالإزميل عبر العظم وطبقة المينا (enamel) للكشف عن محاور الخلايا العصبية الدقيقة في الأسنان، مررت بتجويفات سنّية لم تعالج. خطرت لي ذكريات الطفولة لألم الأسنان الفظيع؛ لا بد أنّ عصب الرجل الويليزي قد نقل رسائل مشابهة لذلك العذاب. إلا أنّ العصب نفسه ينقل استشعارات دقيقة من الشفاه، حيث تنتقل كل مُتعة جرّاء كل قبلة عبر المسار ذاته إلى الدماغ.

أيّاً ما كان مصدره في الرأس ـ السن المتسوّس، القرنية المخدوشة، الطبلة المخرومة، البشرة الملتهبة ـ فإن الألم ينتقل عبر أحد الأعصاب القحفية الاثني عشر، ويقدّم نفسه للدماغ عن طريق شيفرة مطابقة لتلك المستخدمة لنقل ما تحمله حواس السمع والشم والبصر والتذوق واللمس. كيف يمكن للدماغ تمييز مثل هذه الرسائل المتداخلة؟ خرجت من مشروعي التشريحي مُنبهراً باقتصاد ورُقيّ النظام الذي يستنسخ الظواهر اللامتناهية للعالم الماديّ.

تشريح الدماغ في كارديف جعلني أفكر بالحسّ وعلّمني حقيقة أساسية حول طبيعة الألم، الحقيقة التي رأيتها لاحقاً تتلاعب بالمرضى كما فعلت بالجندي جاك. لما تأمّلت رأس الرجل الويلزي المُشرّح، أدركت أن أحاسيس الألم، كالبقية، تدخل الدماغ عبر لغة المتتابعات

الطويلة والقصيرة (dot -dash)[1] المُحايدة للإرسالات العصبية؛ أيّ شيء يزيد عن ذلك ـ استجابة عاطفية أو حتى استقبال [ويعبر عنه بأنه] «يؤلم!» ـ فإنّ مصدر تفسيره الدماغ.

كبير السحرة

بينما كنتُ أدرس وزملائي الطب في كارديف، كان وينستون تشرشل قد جعل مركز قيادة الحرب تحت قصر وايتهول بالاس (Whitehall Palace) في لندن. كان غالباً ما يقضي الليل هناك، نائماً على سرير مسيّج في غرفة نوم مؤقتة محتمياً من القنابل الألمانية بلوح سميك من الخرسانة المسلّحة؛ لأنّه نادراً ما يتفقّد الخطوط الأمامية بنفسه، كان على تشرشل اتخاذ قرارات عسكرية قاسية من مركز القيادة ذاك بناء على التقارير التي تصله من أنحاء العالم عبر خطوط التيليغراف والتيليفون. علامات ملوّنة على خرائط جدارية كبيرة تُظهر التقدم اليومي لقوات التحالف. إذا ما احتاجت مونتوغومري (Montgomery) دعماً في شمال أفريقيا، كان يُبرق للمساعدة. إذا ما رغب قباطنة سفن حامية المحيط الأطلسي بالمزيد من الدعم البحري، يُرسلون طلباً.

عمل مركز القيادة الموجود تحت الأرض عمل الدماغ لمكينة الحرب البريطانية، المكان الوحيد الذي تُوزن فيه احتياجات ومتطلبات الجيش بأكمله. إلا أنّ عزلته الشديدة جعلت تشرشل مُعرّضاً لاقتراف الأخطاء: ماذا إذا لم تصل أبداً رسالة مهمة؟ ماذا لو خطط عميل ألماني لإيصال معلوماتٍ مغلوطة؟ من بين آلاف الاتصالات التي تأتي، كل واحدة منها معرّضة للخطأ البشري، كان على صنّاع القرار وضع سياسة «أقرب الظنّ» (the best guess) لتقديم ما هو الأفضل للجميع.

الدماغ البشري، أيضاً، يجب أن يعتمد على معلومات ناقصة أو

(١) يقصد المؤلف: شيفرة مورس. (المترجمة).

مغلوطة أحياناً. بعد غربلة ملايين البيتات من البيانات، يُقدم الدماغ تفسيراً يقوم على «أقرب الظن» عنده حيث تلعب الذاكرة دوراً كبيراً. منذ لحظة الولادة وما بعدها، يبني الدماغ باستمرار نموذجاً داخليّاً للعالم الخارجي، صورةً لكيفية عمل العالم.

كل يوم بعد التشريح وحضور المحاضرات في كلية الطب أعود للمنزل، أفتح الباب، وأحيي بحرارة مُضيفتي الكارديفيّة، غراني مورغان (Granny Morgan). على الأقل كان ذلك نسخة من الواقع الذي يُقدمه دماغي بعد تحليل سلسلة من الرسائل المشفّرة. جُسيمات الحسّ في أصابعي أبلغت عن ضغط قدره ١٢٤ غرام للسنتيميتر المكعب بينما مستشعرات الحرارة القريبة أخبرت بوجود مُدخل لوحدتي كالوري في الثانية. دماغي، حيث تصله هذه الإشارات من آلاف الألياف العصبية الموجودة في يدي اليُمنى، يُشكل انطباعاً مركّباً لوجود شيء دافئ يُحدث ضغطات للأسفل والأعلى على تلك اليد، ثم، بمقارنة هذه الأحاسيس مع بنك البيانات المتعلق بالخبرات السابقة، يُشخّص المصافحة.

خلال ذلك، آلاف من العصيّ والمخاريط (rods and cones) في عيني تُحدد مناطق الظلال والألوان التي يُغربلها الدماغ ويُدركها على أنّها نسقٌ يتوافق مع وجه غراني مورغان. (فقط المهندس الذي يحاول برمجة الحواسيب للتعرف على الوجه من يقدّر تماماً تعقيد هذا) الشعر الدقيق في الأذن الداخلية يُبلغ عن اهتزازات جزيئية حول ترددات لنغمة مميزة؛ يُحيل الدماغ هذه الآلاف من البيتات من الشيفرات لتسجيلات صوتية سابقة تعود لمُضيفتي.

إذا ما حصرت نشاطي الذهني بمكوّناته الأساسية، فإني سأتعجب من أني أستطيع معرفة ما يجري في العالم الخارجي. إلا أنّ العملية تحدث بغير انتظام، أدنى من مستوى الوعي، ما إن أسمع الصوت وأنظر

إلى وجه صديق. وبمرور الوقت، تعلمت أن أثق بصورة الواقع التي يقدّمها لي دماغي.

(بطبيعة الحال، تُخطئ ظنون الدماغ أحياناً[1]. أغلق عينيك واضغط على جلد الزاويتين القريبتين من أنفك. سترى بقعاً من الأضواء غير الحقيقية بسبب الضغط المفاجئ الذي حفّز العصب البصري لإغلاق الإشارات التي يفسرها الدماغ، مستخدماً «أقرب الظن»، ويحوّلها على أنها ضوء. ويشبه ذلك الضربة التي تُوجه للرأس قد تتسبب للشخص «برؤية النجوم». الاضطرابات العصبية قد تُشوش الدماغ أكثر. أعرف رجلاً خلال أيام الدراسة كان يعاني من متلازمة مينير (Meniere). آلية التوازن في أذنه الداخلية، قد اختلّت، ترسل فجأة رسائل خاطئة أنّه يميل

---

(١) تعرض كتب علم النفس أمثلةً على التخيلات (illusions) البسيطة ـ [الكلمة بالإنجليزية] مأخوذة عن كلمة لاتينية تعني: «يخدع أو يسخر» ـ التي تُظهر أنه كيف من السهل بمكان خداع أدمغتنا. برفع عُلبتين بوزنٍ متساوٍ، سنقرر أن الأصغر هي الأخف، حتى لو زاد ثقلها بنسبة ٢٠٪، وذلك ببساطة لأننا نتوقع أنها أخف. (سنقرر جزافاً أن كليهما متساويان) سنُجرّ [مُخادعةً] للاعتقاد بأنّ خطين متوازيين سيتقاطعان إذا ما قطعهما خط ثالث على شكل زاوية. سنعتقد أن خطّاً أطول من الآخر إذا ما كان في رأسه سهمٌ مُتّجه إلى الداخل بدلاً من الخارج. بنت هوليوود صناعة بأكملها على التخيلات. لا يستطيع الدماغ التفكير عميقاً بأربعةٍ وعشرين إطاراً منفرداً لصور ثابتة في الثانية، لذا يسمح لها بأن تندمج معاً في وهم الحركة.

التصور الداخلي للواقع، يعتمد، طبعاً، كليّاً على الرسائل التي تصل الدماغ المنعزل. القطط التي تُربّى في صناديق ملوّنة بخطوط أفقية لا تلاحظ أصلاً الخطوط العامودية بداية: خلاياها الدماغية لم تُطوّر بعد تصنيفاً لما يُسمّى «الأفق». وبالنسبة لمن يولد بعمى الألوان، سيبدو العالم أقل «واقعية» بالمقارنة مع ما يبدو لي، إلا أن تصوراتنا الداخلية [أنا والمصاب بعمى الألوان] مختلفة للغاية. أحلام المكفوفين سماعية: ينبغي على أدمغتهم ابتكار شعور بالواقع منفصل عن الصور البصرية. من المحتمل للغاية أن الفنان مثل فان غوخ (Van Gogh) وإل غريكو (El Greco) وإدغار ديغاس (Edgar Degas) «رأوا» ما يحيط بهم بطريقة غير شائعة ذلك أن اضطرابات العين أثرت على إدراكهم. بعد عملية متعلقة بماء العين، تفاجأ مونِت (Monet) لما وجد الكثر من الزرقة في العالم: أعاد وضع الرتوش عمله الأخير ليتوافق مع رؤيته الجديدة. (المؤلف).

إلى اليسار. مُستلماً هذه الإشارات المُضللة، يطلب الدماغ سلسلة من الحركات التصحيحية، وربما ألقى [الرجل] نفسه بعنف نحو اليسار. تعلمنا أن نضع مساند في جانبه الأيسر لحمايته من الإصابة).

هذا الوعي الأساسي بكيفية عمل الدماغ ـ منعزلاً، يبني ما هو «أقرب الظن» للتصور الداخلي لتفسير العالم الخارجي ـ جلّى تفكيري فيما يتعلق بالألم. لما كنت طفلاً كنت بغريزتي أرى الألم كعدو «يقبع هناك» يهجم عليّ في موقع الإصابة: إذا ما لدغت عقربٌ إصبعي، كنتُ أعصر الإصبع وأهرع إلى المنزل باكياً لأريه والدتي. تعلّمت الآن من دماغ الرجل الويلزي أنّ الألم لا يقبع هناك، إذ إنّه «كامنٌ هنا»، داخل الصندوق العاجي للجمجمة. ومن المفارقة أن يبدو الألم كشيء يُفعل لنا، بالرغم من أنّه في الواقع نحن من يتسبب به لأنفسنا، بصناعة الحس. أيّاً ما كان الذي نبتدعه بكونه «ألماً» يحصل في العقل.

أصوات حركة السير في خارج، رائحة أزهار الليلك المقطوفة على الطاولة، الحكّة التي يسببها بنطالي الصوفي ـ كل هذه، كالألم، تصل بطريقة شيفرة مورس المحايدة عبر الإرسالات العصبية منتظرةً تفسير العقل. الطبلة المهتزّة لا تعني السمع (طبلتي تهتز خلال نوم)، وإصبع القدم المبتور لا يُشكّل ألماً. دائماً ما يكون الألم حدثاً ذهنيّاً أو نفسيّاً، حيلة ساحر يلعبها العقل على نفسه عن دراية. يقوم بهذه الإثارة السحرية مع تعليق قويّ لعدم تصديق أني سأتوقف عمّا أفعله وأميل نحو إصبع قدمي. لا يمكنني تجاهل الانطباع المتعلق بأن الألم في إصبع قدمي وليس في عقلي.

من يعاني من الشقيقة أو المصع أو آلام الظهر يسمعون أحياناً هذا التعليق «ألمك في رأسك»، وإذا [ما نظرنا] للمعنى الحرفي [لهذه العبارة]، فإن الألم كلّه في الرأس: إذ إنّه يتكون هناك، ويستقر هناك. ليس للألم وجود حتى تشعر به، وشعورك به يكون في العقل. أصاب

بيرتراند رَسِل لما زار طبيب الأسنان لألمٍ في الأسنان حين سأله: «أين يؤلمك؟» فرد عليه: «في دماغي، طبعاً».

التعميد بالنّار

تعلمت ما تعلمته عن الألم عموماً خلال تجربتي المعملية في كارديف. فور عودتي إلى لندن في شهر سبتمبر من عام ١٩٤٠م، بدأت القوات الجوية الألمانية بضرب المدينة ضرباً أهوج غاضباً ووجدتُ نفسي غارقاً في المعاناة الإنسانية.

غراهام غرين (Graham Greene)[١]، الذي عاصر قصف البليتز، يذكر تلك الفترة كالتالي: «بالعودة إلى تلك الأيام، كانت تلك الليلة قطعة من البؤس، حشود طاهرة من النساء والرجال في ملابس النوم المتسخة المتمزقة مع شيء من الدم المتناثر على الأبواب، ولم يُزل. كانوا مضطربين ذلك أنّهم قدّموا الصور [الحيّة] لما قد يحصل يوماً ما لك». أتذكر أكثر ما أتذكر حالة من الإجهاد المُنهك. كنّا نحن الطلبة نتناوب في قضاء المساءات والليالي في مراقبة القصف في سطح المستشفى. كان النظر من أعلى المدينة التي غشّاها الظلام الدامس غريباً. نسمع بداية الهدير الذي تُحدثه محرّكات قاذفات القنابل وبعد لحظات تتساقط القنابل المُضيئة إلى الأرض ببطء، كأنّها زهورٌ صفراء خرجت من قلب الليل. بعدها يأتي صوت صفارة القنابل والانفجارات البرتقالية الزاهية. أحجار المباني في حيّنا انهارت فوراً، مُثيرةً سُحباً من الدخان والغبار، وتسربت الاشتعالات عبر نوافذ البِنية الفوقية الشبحية التي بقيت.

في إحدى الفترات هجمت خمسمئة طائرة على لندن في سبعةِ

(١) غراهام غرين (Graham Greene) (١٩٠٤ ـ ١٩٩٤م): روائي بريطاني وكاتب صحفي، عُرف برواياته التي تتناول الإشكالات الأخلاقية في الإطارات السياسية المعاصرة. (المترجمة).

وخمسين ليلةً على التوالي، والمدافع المضادة للطائرات جلجلت طوال الليل دون توقف. أذكر ليلتين سوداوين بعينهما. الأولى كانت تُمثل المشهد الشهير لفترة الحرب: أحدثت القنابل الحارقة عاصفة ناريّة حول كاتدرائية سانت بَول (St. Paul's Cathedral) ويظهر في المشهد القبة العظيمة التي صممها السير كريستوفير رين (Sir Christopher Wren) وخلفيتها مضاءة بالسماء المشتعلة. لمّا ذهبت إلى ورديّتي قُلت لزميلي في السكن إنّ سانت بول ستسقط بلا شك. كانت خسارة فادحة، أحد رموز حضارتنا دُكّ حتى تدمّر. إلا أنّه وفي الصباح التالي لما انقشع الدخان وأنارت السماء الرمادية رأيت أنه، وكأنّها معجزة، أنّ كاتدرائية سانت بول قد نجت وتقف لوحدها، متحديةً، وسط الأنقاض.

الليلة الأخرى، كانت القنابل تضرب يونيفيرسيتي كوليج. هطلت شظايا القنابل بكثافة على مساكن الأطباء المقيمين ما أدّى إلى تدميرها، وما أسِف إلا قليل: طوب النوافذ ملأ الغرف بشكل لا يُطاق. ما أصابنا بالكمد أنّ مكتبة الجامعة، ثالث أفضل مكتبة في إنجلترا، قد تحولت إلى رمادٍ.

بالإضافة إلى مهام مراقبة القصف، كان يُدفع بطلبة الطب إلى معالجة ضحايا قصف القنابل. خلال قصفٍ شديد بالقنابل، كان جميع الأطباء المُقيمين مستنفرين كل ليلة. كان الجراحون الحقيقيّون يُباشرون الكسور المضاعفة وحروق الدرجة الثالثة، بينما كُنّا نحن طلبة السنة الثالثة نقوم بمهام مثل إزالة الشظايا الزجاجية ممن كان واقفاً قريباً من النافذة عندما ألقيت القنبلة. أذكر ناطورَ إحدى الكنائس الذي تلقى وجهه وصدره وبطنه معظم شظايا الزجاج الملوّث لإحدى النوافذ. كان يمازحنا بقوله: «هل بإمكانكم التخمين [لأي شخصية تعود النافذة التي تحطّمت] من خلال نسق الزجاج الذي تستخرجونه، أهي للمسيح أم لمريم العذراء؟».

بعد أداء المهمة المتعلقة بمباشرة الإصابات كُنّا نتطلّع للنوم بضع

ساعات قبل الإفطار ـ أحياناً بين مرتبتي سرير كالشطيرة (sandwich mattress) لمنع صوت القصف بالقنابل ـ، ثم بعد اجتراع عدد لا يُحصى من أكواب القهوة، نبدأ النظام اليومي من الدراسات والعمل العيادي في العنابر والردهات. اتبعت هذا النظام لأشهر عديدة حتى وصلت نقطة الانهيار الجسماني.

في أحد الصباحات وبينما كنت أقرأ مخطط أحد المرضى سألت الممرضة: «من الذي وصف هذا المسكّن؟» فأجابت: «أنت». تملّكني الذعر: استمعت لروايتها لما حصل الليلة الماضية: أيقظتني من النوم، وصفت لي الأعراض التي ظهرت على المريض، ثم كتبت الوصفة التي تمتمت بها. ليس في ذاكرتي أيّ خيط حول الحادثة. لا بد أنّي فعلت ما فعلته لما كنت في مستوى ما دون الوعي وتكلمت خلال نومي. لحسن الحظ، اتخذت قراراً منطقيّاً وكانت الجرعة مقبولة إلا أني أعرف أنّي لا أجرؤ على رمي مرضاي إلى التهلكة. طلبت إجازة مدتها أسبوعان، وتمّت تلبية طلبي.

ركبت القطار إلى كارديف، ووصلت إلى المنزل المعهود الذي تملكه مُضيفتي المُسنة غراني مورغان. كانت غريبة فعليّاً، ساحرة للغاية، ويلزية للغاية، صمّاء للغاية، وبروتستانتية للغاية. كانت تحمل بوقاً صوتيّاً نحاسيّاً بطول ثمانية عشر إنشاً، ويمتد من رأسها كقرن الثور. ولخشيتها من أن يُقبض عليها في ملابس نومها خلال الغارة الجوية، كانت تدخل السرير بكامل حلّتها. وعوضاً عن تبديل التنانير، مما قد يُعرّضها إلى أن تكون في وضع غير محتشم (قد تضرب القنبلة بينما تبدل ملابسها)، كانت ترتديها [أي: التنانير] على هيئة طبقات، تنانير داخلية (underskirts) وتنانير خارجية (overskirts)، جميعها فوق بعضها البعض. وبغض النظر عن غرابتها، أو بسببها على الأرجح، أصبحت غراني مورغان صديقة عزيزة، تلعب دور نائب وليّ الأمر لنا نحن الطلبة خلال الفترة الفاصلة التي قضيناها في كارديف.

كانت غراني مورغان تعرف بلا شك كيفية التعامل مع طالب الطب المُنهك. أطعمتني، وتركتني لأنام لست عشرة ساعة أو عشرين متواصلة دون مقاطعة. فعلت شيئاً إضافيّاً مرة واحدة خلال تلك الزيارة: أقنعتني أنّي بحاجة لزوجة. قالت: «لن تجد أفضل من مارغريت بيري (Margaret Berry). ستعتني بك». كانت مارغريت زميلة ساحرة وهي التي ساعدت في تدريسي خلال سنتي الأولى الصعبة لما انتقلت من أعمال البناء إلى كلية الطب. تم إجلاؤها إلى كارديف بعدي بعام، وعرّفتها على غراني مورغان. سألتني غراني عن رأيي بالزواج من مارغريت ووجّهت بوقها الصوتي النحاسي نحوي. صرخت بأنّي عليّ التفكير بذلك. وفي الحقيقة، غالباً ما كانت تعجبني فكرة الزواج من مارغريت بيري، وكلما تأمّلت الفكرة، أعجبتني أكثر. بعد مُضي أسبوعي الراحة، عُدت إلى لندن وقررت البحث عنها. وقعنا في الحبّ، وفي السنة التالية تزوجنا.

استمتعنا بقضاء شهر عسل مدته ثمانية أيام في فالي واي (Wye Valley) ثم باشرنا جداول أعمالنا المنفصلة المحمومة. مارغريت تولت مهمة في مكان آخر بينما أصبحت الجرّاح المقيم (surgical officer) في مستشفى الأطفال غريت أورموند ستريت (the Hospital for Sick Children on Great Ormond Street). لما نُقل أفضل أطباء إنجلترا عبر البحر إلى الجبهة، توافرت لي سوانح لا محدودة لممارسة التكنيكات الجراحية. كُنت أعمل خلال اليوم في الإجراءات المتعلقة بطب الأطفال، وأُشرف خلال الليل على وحدة المُصابين حيث يُنقل إليها ضحايا القصف. بالنسبة لجرّاح ناشئ، كانت التجربة لا تُقدر بثمن، وبالنسبة لعريسٍ جديد؛ كانت صعبة للغاية. كنتُ ومارغريت نقضي نهايات الأسبوع فقط وعلى غير انتظام، ومكان هذه اللقاءات غالباً ما يكون في ملجأٍ من القنابل في القبو مع بقية أفراد عائلتها.

وبالحديث عن تلك الفترة، ظهر سلاح مُرعب في سماء لندن: كان صاروخ في ـ ون (V -1 rocket) أو القنبلة الطنانة (buzz bomb)، كما كنا

نسميها. كان يطير في خطٍّ مستقيم وفي ذيله شُعلة تمتد خلفه، ويهدر بضجيج يشبه ضجيج المدفع الآلي حتى ينفد البنزين. يتبعه صمت مُطبق لعشرين ثانية، ثم يتمايل قليلاً، بعدها يسقط نحو الأرض مرتطماً بها ارتطاماً مدوّياً. أتذكر تلك الليلة التي كُنت أراقب فيها القصف لمّا حسبت زمن ضرب صاروخ في ـ ون لمستشفى غريت أورموند ستريت. ضبطت المُنبه. أزّ الصاروخ فقط فوق السطح حيث كنت أنحني، مخطئاً الهدف بعشرين قدماً، إلا أنّه ضرب بقوّة مستشفى رويال فري (Royal Free Hospital) الذي يبعد عنّا بضعة شوارع. اندفعت إلى الأسفل من السطح وهرعت إلى مشهدٍ من مشاهد دانتي (Dante)[1].

الجدران في ردهة القبالة والتوليد قد انهارت، وكان المتطوعون قد بدؤوا التنقيب عبر آثار الحريق بحثاً عن الرضّع، حيث لم يبلغ عمر أغلبهم الأسبوع حتى. كانوا يسحبون من بين الأنقاض الأطفال المغطين بالجبس والدم والأوساخ والزجاج. كانت صيحات الأطفال المُثيرة للشفقة غير مسموعة في تلك الجلبة. ومن ناحية أخرى، الأمهات في الأرواب يكسوهن غبار الحطام الرماديّ يتابعن المشهد وقد علا وجوههن الخوف والقنوط. المتطوّعون، مُشكّلين سلسلة كسلسلة رجال الإطفاء، مرروا الأطفال إلى سيارات الإسعاف التي بدأت بالتجمّع في شارع يلمع بالزجاج المكسور. عُدت من فوري إلى مستشفى أورموند ستريت لَبدء تحضيرات استقبال هؤلاء المصابين الجدد.

بعد عدة أشهر، عايشت لوهلة ما كانت تشعر به تلك الأمهات. كُنت في مهمة مراقبة القصف على سطح مستشفى غريت أورموند ستريت في المساء الذي دخلت فيه مارغريت مخاض ولادة طفلنا الأول. أنزلتها

---

(١) دانتي أليغييري (Dante Alighieri) (١٢٦٥ ـ ١٣٢١م): شاعر ملحمي إيطالي من العصور الوسطى، وأحد أعظم شعرائها. يُشير المؤلف في هذه الفقرة ـ فيما أظنّ ـ إلى إحدى اللوحات الشعرية في ملحمة دانتي «الكوميديا الإلٰهية (The Divine Comedy)» (المترجمة).

في مستشفى قريب وأسرعت إلى ورديّتي التي يبعد مكانها ميلين. لم يكن أشد من القصف تلك الليلة. تفحصت خط الأفق الشمالي مع شعورٍ بالعجز والكمد، متيقناً من أنّ تلك القنابل شديدة الانفجار تسقط على مستشفى رويال نورثرن هوسبيتال (Royal Northern Hospital) حيث مارغريت. تخطّت مارغريت ذلك وكانت بخير، شكراً للرب، وبعد أن تمّت معالجة آخر ضحية الإصابات في مستشفى أورمند، هرعت إلى جانبها لأرى ابني، كريستوفر.

تنازلات

بالرغم من أني شاهدت الآثار الشنيعة للحرب يوميّاً في محطة علاج المصابين (Casualty Clearing Station)[1]، فقد شهدتُ أيضاً أفضل ما في الروح الإنسانية. وفقاً للاستفتاءات الحديثة، فإنّ معظم اللندنيّين ممن عاشوا فترة البليتز يتذكرون الآن تلك الأيام بالوله والحنين. وأتفق معهم في ذلك.

وقفت بريطانيا وحدها طويلاً بعد سقوط فرنسا والدول الغربية الأوروبية. الجنود الذين عالجناهم مرة أخرى يروون قصصاً مروّعة لنيران فرق المدفعيات (Panzer brigade) وكنا نتوقّع الاحتلال الألماني في أي لحظة. كل ليلة كان يزيد عدد القنابل الملقاة على لندن. إلا أنّه وبطريقة ما، في ذلك المحيط من الخوف والخطر، انبلج معنًى جديد للمجتمع.

في أحد المساءات نزلت عبر السلم إلى قطار الأنفاق في لندن، حيث اكتشفت مدينة كاملة مأهولة بالناس يعيشون في منصات وممرات تحت الأرض. بعضهم كان يحمي الأطفال ليلاً، بعضهم كان يتناول

(١) محطّة علاج المصابين (Casualty Clearing Station): مصطلح مستخدم في أراضي المملكة المتحدة يُشير إلى محطّة طبيّة تُنشأ قريباً من موقع الكارثة وقريباً من وسائل النقل لإسعاف المصابين ونقل ذوي الإصابات البالغة. أُنشئت بداية في الحرب العالمية الأولى وكانت قريبة من خطوط المواجهة وسكة الحديد. (المترجمة).

غداءه، وبعضهم يجلس في جماعات صغيرة لرواية النكات والغناء حتّى. كان عليّ تجاوز عشرات الأجساد، المستلقين على المفارش والبطانيات، للوصول إلى القطار. عرفت أن هؤلاء الناس يأتون كل ليلة هرباً من القنابل وصفارات الإنذار المزعجة. حاولت السلطات بدايةً إجلاءهم، إلا أنّها حوّلت سياستها وجهّزت المكان بأسرّة حديدية ذات ثلاثة طوابق.

كلما زرت المدينة التي تحت الأرض، ينشرح صدري بمعاني المودّة والمساندة التي أجدها. كان المشهد ينقض كل صورة نمطية عن البريطانيين بأنّهم شعب فاتر. اللندنيون الأغنياء والفقراء تجمّعوا معاً ليلاً، تقاسموا الطعام والنوايا الحسنة. نشروا القصص حول الهروب الصعب من القنابل، وألقوا النكات حول الاحتلال الوشيك. حتى آلام الفواجع كانت يخفّ حملها: يحدث أن يخبر أحدهم عن مقتل أفراد عائلته، فيتجمع غرباء عنه حوله ليسكبوا الدمع معه. قامت العائلة الملكية ببضع زيارات، يُفترض أنّها كانت لرفع المعنويات إنما سرّاً، بظني، كانت لالتقاط المعنويات المُعدية لأنفسهم. كانوا فوق الأرض أولئك الذين فقدوا منازلهم وممتلكاتهم وأحباءهم، أما تحتها فهم المسترخون مع أصدقائهم.

المجال الطبي استفاد أيضاً من روح المجتمع الجديدة، ذلك أنّ نُخب لندن سجّلت أسماءها مع المتطوعين في المستشفيات. انضمت آغاثا كريستي لطاقم يونيفيرسيتي كوليج. حيث كانت صيدلانية قبل بدئها كتابة القصص البوليسية (حيث كانت مصدراً جيّداً للحبكات الروائية التي تدور حول جرائم القتل)، تطوّعت في الصيدلية إسهاماً منها في تقديم المساعدة خلال الحرب. زوجتي لن تنسى أبداً فرصة تعرفها إلى متطوّعة شهيرة أخرى. في أحد الصباحات وخلال تطبيقها إجراءات ما بعد العملية (postoperative dressing) لاحظت مارغريت امرأة جميلة حزينة تقف قريباً من سرير نوم المريض. كانت ترتدي زيّ المتطوعين، وكانت مارغريت قد أسندت إليها مهمة نقل الضمادات المتسخة والملطخة إلى صندوق

النفايات. عرفت لاحقاً هوية تلك المرأة: كانت أميرة اليونان مارينا (Princess Marina of Greece)، دوقة يورك المترمّلة حديثاً.

لكوني طبيباً تحت التدريب، استفدت على وجه الخصوص من الأطباء العظماء ممن عادوا من التقاعد لسد الشواغر التي أحدثتها الحرب. في لُجّة الحرب، علّمني هؤلاء الأساتذة المُؤثِرين ما هو أهم من حقائق علم وظائف الأعضاء (physiology) والمستحضرات الدوائية (pharmaceuticals). وضعتنا يونيفيرسيتي كوليج في تحدٍّ مع معالجة المرضى، وليس الأمراض فقط، والآن برؤية الأطباء الحكماء والخبراء في الميدان شاهدنا الجانب الإنساني من الطب متجسّداً أمامنا. ما أدركت إلا لاحقاً كيف أن لهذا التوجّه في المعالجة أثره العميق في إدراك الألم.

جرّاح اسمه غوين ويليامز (Gwynne Williams)، متطوّع خلال فترة الحرب، جسّد هذه المنهجية «العتيقة» في الطب. تعلّمت منه أنّه لا بديل في الطب عن اللمسة الإنسانية. كان يقول لنا: «لا تقف فقط بجانب السرير ولا تتحسس بأطراف أصابعك. [أمِل بجذعك] إلى مريضك. بهذه الطريقة، تضع كفك كلّها مبسوطةً على المعدة. لا تتعجّل. ضع كفّك هناك لفترة. فإذا ما استرخى التوتر العضلي لمريضك، ستشعر ببعض الحركات».

قُبيل زيارة أي مريض في مستشفانا ذي التدفئة المزرية، كان غوين ويليامز يضع كفّه على المدفأة أو يغمرها في الماء الحارّ. كان يمشي أحياناً في الردهات وذراعه اليُمنى مثنية بطريقة نابليونيّة داخل معطف كبير، مخبّئاً قارورة الماء الحار التي تجعل من كفّه مستمعاً جيّداً. لربما تسببت الكف الباردة بانكماش عكسي لعضلات المريض البطنية، لكن الدافئة والمريحة تلطّفها لتسترخي. يثق ويليامز بأصابعه أكثر مما يثق بالسماعة أو حتى ما يصفه المرض بنفسه. كان يسأل مقطباً حاجبيه: «كيف يعرف المرضى ما يجري فعليّاً في أمعائهم؟ استمع إليها مباشرة. أما بالنسبة

للسماعة، فكيف تستطيع معرفة أي شيء عبر تمرير قطعة حديد باردة على جسد المريض المروَّع؟».

كان ويليامز محقّاً: اليد المدربة على المعدة بإمكانها كشف التوتر، والالتهاب، وشكل الأورام أكثر مما تُخبرنا به الإجراءات المعقدة. لخمسين عاماً كان اللمس يخدمني كأثمن أداة تشخيص عندي. ولما كان يُخبرني بأعراض مريضي، فإنّه بالتوازي وفوريّاً يمنح مريضي نوعاً من الاهتمام الشخصي الذي قد يساعد في تهدئة مَخُوفه وقلقه، وبالتالي تخفيف آلامه.

كان غوين ويليامز يسعى وباستمرار إلى تتبع الطرق التي تهدم الحواجز التي من شأنها توسيع المسافة ما بين الأطباء ومرضاهم. كان يقول: «التواضع هو الميزة التي يحتاج الجرّاح إلى التحلّي بها. انزلوا عن أبراجكم العاجية».

قدّمت مرة مشورتي للدكتور ويليامز فيما يتعلق بجراحة لامرأةٍ بعمر الثمانين وقعت وكسرت عظمة وركها. قلت: «بدت لي ضعيفة، كما أن لديها أعراض السكري. بإمكاننا إجراء العملية لها وتدعيم عظامها بصفائح حديدية، إلا أنّ ذلك الإجراء سيسبب لها صدمة[1] وفترة تجبير طويلة. ولربما كان ذلك كثيراً عليها. أقترح أن تستلقي على السرير دون حركة لتجبّر العظام نفسها بنفسها، لاختصار الأمر. لن تعود لسابق عهدها في الحركة طبعاً، لكن سيعتني بها أحدهم وستكون بخير. ستكون العملية خطرة عليها».

انفجر ويليامز قائلاً: «كيف تجرؤ على التحدث عن عدم المخاطرة لأجل شخصٍ مسنّ! فترة الشيخوخة هي وقت المخاطرة! أنا رجل مسنّ، وإذا ما كسرت ساقي، فمن الأفضل أن تفعل أقصى ما بوسعك لإعادتها

(١) الصدمة (trauma) في الطب تعني: رد فعل مفاجئ من الجسم إذا ما مرّ بوضع صحّي صعب وينبغي التدخل مباشرة لمنع تسببه بالآثار الجانبية. (المترجمة).

كما كانت. لم يكفها سوءاً أن تتقدم بالسن؛ بل نجعلها عاجزة ويُلزم الآخرون بخدمتها وهذا أمر يعافه الضمير». ناقش لاحقاً الخيارات مع المريضة، وقرر ما يُلائم وضعها، وجدول العملية.

مرة أخرى، كان وليامز حقّاً. نجت المرأة ومشت مرة أخرى. من واقع المواقف التي تشبه هذا المواقف، عرفت أن الطب لا ينشغل فقط بالعناية بأجزاء الجسد. معالجة المرض ومعالجة الشخص همّان مختلفان للغاية، ذلك أنّ التشافي يعتمد جانب كبير منه على ذهن المريض وروحه. المعاناة، حالة ذهنية، تتضمن الفرد كلّه.

٥

روّاد في الألم

«وها قد أتت الممرضة بالكمادة الحمراء الحارّة. تضرب بها ولا تبالي»

تي. إس. إليوت (T. S. Eliot)

لمّا صارت معالجة الألم أولوية وطنية بسبب الحرب، باشر بعض أفضل العقول في يونيفيرسيتي كوليج الأمور بأنفسهم. كان هناك مُحاضر حيوي وماهر اسمه جي. إتش. كيلغرين (J. H. Kellgrin)[(١)]، كان رجلاً ضئيلاً مغموراً ببشرةٍ فاتحة كشعره وحاجبيه. وبطريقة استعراضية، كان يُقدم أمثلة درامية للألم والتخدير في قاعة المحاضرات التي بُنيت بطريقة مائلة ومنحدرة لتكون رؤية [المحاضر] واضحة لجميع الطلبة.

في إحدى المحاضرات دفع كيلغرين بكرسي متحرّك يحمل جنديّاً أصيب بالمعركة، وقال: «يشعر هذا الجندي بألمٍ شديد في رقبته ومنطقة الكتف». الجندي، غير القادر على تحريك رقبته، كان يمسك برأسه مُميلاً

---

(١) جون هينريك كيلغرين (John Henrik Kellgren) (١٩٢٢ ـ ٢٠٠٢م): بريطاني، وأوّل أستاذ في الطّب الرثياني أو طب الروماتيزم (rheumatology) درس في عدة أماكن ودارت حياته وأبحاثه حول الألم وعمِل فترة تحت إشراف السير توماس لويس في مستشفى يونيفيرستي كوليج. (المترجمة).

إياه إلى جهة ومحدقاً بنا من ذلك الجانب، ويظهر متوجّساً. أعلن كليغرين أنّه سيحاول تحديد مصدر ألم هذا الرجل، ووجّه الجندي قائلاً: «أخبرنا من فضلك إذا ما شعرت بالألم نفسه الذي تشعر به حاليّاً في رقبتك»، ثم أدخل كيلغرين إبرة طويلة في قفا عنق الجندي.

وفجأةً صرخ الجندي عالياً: «لا! إنه يؤلم!».

سأله كليغرين بجمود: «هل يشبه الألم الذي ظلّ يُزعجك؟».

أجابه الجندي، منكمشاً أمامه: «لا. هذا ألم جديد، في ذراعي».

غرزة أخرى للإبرة ـ «آه» ـ صرخة وجع أخرى. هل هو ذاك الألم؟ «لا! ذلك الألم يأتي من حيث تكون الإبرة، إنه رهيب ودموي!» ابتسم كليغرين وأدخل الإبرة أكثر، يجس المكان الذي دخلته يمنةً ويسرة.

بالكاد استطعت كتم غضبي. هكذا كان الطب، في ذروة قسوته، يستغل جنديّاً بائساً ليشرح للطلبة حول الألم. لوّحت بيدي في الهواء، مستعدّاً للاعتراض، إلا أنّه وفي تلك اللحظة وصلت إبرة كيلغرين النقطة الصحيحة. صرخ الجندي: «هنا، هذا هو الألم! وصلت لما تريده!».

سأله كيلغرين بطريقته الرزينة: «هل أنت متأكدٌ تماماً من أن هذا الألم هو نفسه الألم الذي لا تزال تشعر به إذا ما حاولت تحريك رقبتك؟».

أجابه الجندي وهو يطالبه بالتوقف: «نعم! أنا متأكد تماماً! توقف الآن عن كل هذا!».

وأخيراً أفرغ كليغرين حقنة من المخدر الموضعي النوفوكايين (novocaine)، بهدوءٍ وتؤدة، وخلال ذلك اعتلت وجه الجنديّ الراحة والهدوء. انتظر كيلغرين للحظة، ثم وبحذر حرّك رأس الرجل شيئاً قليلاً. ولما لم يظهر أي رد فعل للألم، سحب الإبرة ببطء. حرّك رقبة الرجل بطريقة دائرية واسعة. ظهر أولاً على وجه الجندي الخوف، فالمفاجأة، ثم

الدهشة. باختبار رقبته، وجد الجندي أنه يستطيع الآن إدارة ذراعه دون انزعاج. أخيراً حيّا كليغرين بإبهامه واقترب إليه ليشكره. قال: «دعني أصافح يدك ما دامت الأوضاع جيّدة».

وصل كيلغرين بالمحاضرة إلى الخاتمة المظفّرة، [إذ قال:] «الألم جزء من نظام معقد. قطعنا خطوة كبيرة بتحديد بؤرة ألم هذا الرجل. من المحتمل أن تكون هذه الحقنة الخلاص الأبدي [لهذا الألم]، وذلك بتهدئة نهايات الأعصاب شديدة الحساسية ومنح عضلاته فرصة للاسترخاء. أما إذا لم يحدث ذلك، فسنواصل العلاج».

ما بدأ اختصاصيو التخدير بإدراك إمكانيات تخدير ما فوق الجافية (epidural anesthesia) قبل ذلك اليوم، وهذه طريقة للتحكم بالألم على مستوى جذور الأعصاب قبل أن تذهب إلى النخاع الشوكي. بالنسبة لي كطالب، ما علا وجه الجندي من استرخاء صار رمزاً مُشرقاً لتبصرة جديدة حول الألم. حتى تلك اللحظة كنت أتصوره عمليةً ذات مرحلتين: الأولى: إشارة تحذيرية من طرف ما (جرح في الإصبع، ألم في الأسنان)، ثم إدراك من الدماغ. وبين يديّ الآن الدليل الدامغ على وجود مَجَازٍ بينهما. يستقبل جذع العصب رسائل الألم في سيرها نحو الحبل الشوكي التي قد يفسّرها الدماغ كما لو قد أتت من النهايات العصبية في أقصى العضو. «شعر» الجندي بألم حادٍّ في ذراعه ثم كتفه، حتى لما كانت إبرة كيلغرين تنغرز في رقبته، لما كان [كليغرين] يجسّ الأعصاب الفرعية القريبة من النخاع الشوكي.

وبعد أيام قلائل رأيت المبدأ نفسه مُطبقاً حين عالج كيلغرين جنديّاً جريحاً آخر. وبالرغم من أن إصابته تُعد طفيفة بالمقارنة مع إصابات الآخرين في الرُّدهة، فإنّي لم أرَ مريضاً مثيراً للشفقة كإياه قبله. اخترقت رصاصةٌ فخذه، مارةً قريباً من العصب الوركي وكشطته على الأرجح، مما

تسبب بحالة من الطراوة الشديدة تُعرف باسم الحراق (causalgia)[1].

هذا صعب، الجندي الشاب المُدرّب تدريباً جيداً [وعلى أقسى الظروف] لديه فرط الحساسية لأي شعور. لا يمكنه تحمّل ورقة توضع على ساقه. يشتكي من ضوءٍ يجهر في عينيه. ينكمش على نفسه طوال اليوم بوضعية الجنين، منادياً على أمه. رسائل الألم كانت تنهال من ساقه وأماكن أخرى، وتأثير أدوية معالجة الألم العادي ضئيل للغاية.

لمّا أنزلنا نحن الطلبة الجندي إلى الأسفل، أدخل كليغرين إبرةً في [منطقة] الفقرات القطنية وحقن المخدر في العقدة العصبية التي تتحكم بالجهاز العصبي السمبثاوي. لمّا خرجنا من الغرفة، كان الجندي يتلوّى من الألم. وجدناه اليوم التالي يجلس على سريره، يضحك ويلقي النكات. أبطَل كيلغرين مرة أخرى ألماً ما، وهذه المرة بتعطيل جزء كامل من الجهاز العصبي السيمبثاوي بغرض إخماد إشاراته الهائجة.

كليغرين كان حِبّ سير توماس لويس (Sir Thomas Lewis)[2]، المعروف بيننا باسم تومي لويس، وهو عالم رائد في علم وظائف الأعضاء (Physiology) في يونيفيرسيتي كوليج، وهو رجلٌ ملأت روحه كلية الطب. يُطلق عليه أحياناً لقب «ملك طب القلب (Cardiology)»، إذ اشتُهر لعمله الرائد في تحديد تبعات الضغط النفسي على القلب. كان رجلاً ضئيلاً رشيقاً في الستينيات من عمره، يُمكن تمييزه بلحيته المشذّبة، ووضعية انحناءة دائمة بسبب العمل المعملي.

كان لتومي لويس طبعاً جافاً يُظهره لأقصى درجة في إخافة طلبة

---

(١) الحرّاق (causalgia): الاسم القديم لمتلازمة الألم الناحي المُركّب (Complex Regional Pain Syndrome) ثم صار أحد أنواعه. (المترجمة).

(٢) توماس لويس (Thomas Lewis) (١٨٨١ ـ ١٩٤٥م): طبيب قلب بريطاني ورائدٌ في دراسات طب القلب، وكان شغوفاً بتطبيق العلم على المشكلات التي تواجه الطب، وقد أسس جمعية البحث الطبي (the Medical Research Society) لمساعدة الباحثين الشباب. (المترجمة).

الطب الجدد. كان لديه قيود صارمة حول ما ينبغي لنا [استقباله] لفحصه من المرضى. كان يؤكد [على ذلك بقوله]: «يونيفيرسي كوليج مستشفى تعليمي. يجب ألا نستقبل مرضًى بتشخيصاتٍ يسيرة». رافقته مرّة لما باشر إحدى تلك الحالات الواضحة، تركها ويبدو عليه الاستياء، مُتمتماً: «هراء، هراء أي أحد يمكنه معالجة هذا المريض. نريد مريضاً أصعب، مريضاً بمشكلاتٍ للحد الذي [تتحداها] بكل ما أوتيت من قوة».

في الوقت الذي انقسم فيه العالم، كُنا نحن الطلبة نتساءل أحياناً عن علاقة البحث الأكاديمي المُشكِل إلا أنّ تومي لويس لم يُغير في برنامج الكلية البحثي مقدار ذرة. كانت الحرب، بالنسبة له، ذات تأثير بسيط يُستثنى منه منافعه الجانبية في الكشف عن مناطق مُبهرةٍ جديدة للبحث الطبي. درس الطب خلال الحرب العالمية الأولى (World War I)، ويتقصى الآن ما يتعلق بالألم. حصيلة ذلك كتاب، [عنوانه] الألم (Pain)، ونُشر أوّل مرة في عام ١٩٤٢م، لا يزال يُقرأ في كليات الطب إلى اليوم.

ألهمني لويس الولع بالبحث. بينما كُنا ندرس الألم، كنت أُجذب إلى فلكٍ لا أستطع الإفلات منه أبداً، بالرغم من أنّ أكثر ما تعلّمته لن يُطبق لسنوات. الأطباء والمرضى على حدٍّ سواءٍ يميلون لاعتبار الألم كالعرض لوجود مشكلة، ويتوجّه انتباههم سريعاً نحو مصدر السبب، التشخيص. الاستقلال العلمي للويس أتاح له اعتبار الألم شعوراً بحد ذاته. بالتتلمذ على يده، لمحت وللمرة الأولى إمكانية الوصول إلى إجاباتٍ لبعض الأسئلة الجوهرية. كنت سابقاً أرى أنّ الألم عَوَر في الخلق، أكبر أخطاء الرّب[1]. وعلّمنى لويس خلاف ذلك. برؤيته من

---

(١) تعالى الله عن ذلك علواً كبيراً، وقد قال تعالى: ﴿وَمَآ أُوتِيتُم مِّنَ ٱلْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا﴾، وقال جل جلاله: ﴿وَٱللَّهُ يَعْلَمُ وَأَنتُمْ لَا تَعْلَمُونَ﴾، ويقين المسلم بكمال عدل الله وعظمة حكمته وشدة نقص العبد وكثرة جهله يولّد في نفسه التسليم التام لأقدار الله وأحكامه، وإن خفيت عللها. (المحرر).

الزاوية التي ينظر منها [أي: لويس] فإن الألم يبرز كمنقبة غير عادية لهندسة قيّمة تتجاوز القياس.

خلال أيام دراستي، كان لويس يحاول تصنيف أشكالٍ مختلفةٍ للألم. كان يأمل أن يُعاير التجربة الفعلية للألم بحيث يمكن للمرضى وصف ألم [وفقاً لمقياس محدد] مثل «الرقم ثمانية» أو «الرقم تسعة» عوضاً عن الاعتماد على كلمات غامضة مثل «مُمض» أو «شديد». كان يعمل على ثلاثة تقسيمات رئيسية ـ الألم الإقفاري (ischemic pain) والألم الجلدي (skin pain) والألم الحشوي (visceral) ـ وقد تطوّعت للمُشاركة في تجربة الألم الإقفاري.

الماسوشيّة المعمليّة

يحدث الألم الإقفاري إذا ما قُطع الإمداد بالدم أو حُبس. في عضلةٍ ما، على سبيل المثال، ينتج الألم الإقفاري إذا ما كان هناك مقدار ضئيل للغاية من الدم لإمداده بالأوكسجين ولن تحمل الدورة الدموية الشوائب السّامة بسرعة كافية. يحدث الألم ببطء في العضلة الخاملة، إلا أنّ الإقفار يُسبب التشنج في العضلة النشطة. وكما يعرف كل من تعرّض لهزّة بسبب الانقباض العضلي [أي: التشنّج]، فإن الألم الإقفاري يمكن أن يكون مفاجئاً وحاداً. [عملية] قياس الضغط في الدم تتسبب به ببساطة: يتم ضغط الكفّة حتى تتوقف الدورة الدموية في ذراعك، ثم سيحدث انقباض لعدة مرّات. ستشعر بعد لحظات بألمٍ شديد لدرجة أنّك تريد إيقاف [عملية القياس] وإرخاء الكفّة.

بالرغم من ذلك فإنّ كفّة قياس الضغط العادية لم تروِ تعطش توم لويس للدقة. يستغرق ضغط الكفّة بضع ثوانٍ، وهو الوقت الذي سيُمرر فيه الضغط الشرياني المزيد من الدم حتى إذا ما أُوقف العائد الوريدي، مُسبباً تورّم الذراع قليلاً. ولتصحيح هذه المسألة، استخدم لويس مضخة هواء فورية للكفّة، وهي وعاء زجاجي كروي ضخم، ملفوفة بحبل، وتشبه

العوامة البحرية. كان يضخ الهواء إلى الوعاء الزجاجي حتى يصل إلى ضغط معيّن، ثم يصله بكفّة قياس ضغط الدم في ذراعي. ثم ينزع السدادة فيُضخ الهواء داخل الكفّة فوراً، مانعاً تدفّق الدم في كلا الاتجاهيّن في الوقت نفسه.

لمّا تمّت إعاقة إمدادات الدم عندي، كُنت أعصر كرة مطاطية مرّة، واثنتين، وثلاثة، مانحاً الوقت لدقّات بندول الإيقاع ومستمراً في العصر حتى يبدأ ألمه. في أوّل بادرةٍ للألم أحدثت إشارة، وسجّل لويس عدد الثواني التي مرّت قبلها. واصلت عصر الكرة حتى صار الألم غير محتملٍ فتركتها. ومرة أخرى سجّل لويس الزمن الذي مضى. مررت أنا وزملائي بهذا الإجراء أسبوعاً تلو أسبوع حيث جلس لويس إلى جوارنا بصبرٍ لا حدّ له. كان يتطلع للوصول إلى نتيجتين: مستوى العتبة (the threshold level) لبداية إحساسنا بالألم ومستوى التحمل (pain tolerance) لمدى تحمّلنا [الألم].

اختبر لوس المشاركين من خلفيات إثنية متنوعة، مُستكشفاً الفروقات الأساسية في الطريقة التي يتلقى فيها الشمال أوربيين والجنوب أوربيين الألم. شارك المتطوّعون الآخرون في التجارب لاختبار قوّة المُشتت: فمثلاً، أولئك الذين استمعوا لرواياتٍ مفعمة بالحياة تُقرأ بصوتٍ عالٍ أظهروا تحملاً للألم أكثر بكثير. كرر الباحثون بعد لويس اختباراته عن الألم، باستخدام تقنيات جديدة مثل الموجات الصوتية ذات التردد العالي، والأشعة فوق البنفسجية، والأسلاك النحاسية فائقة التبريد، ومولّدات اللهب المتكررة، إلا أنّها جميعاً أكّدت استنتاجات لويس التي توصّل إليها خلال أيام الحرب تلك. يتوجّب علي، بالرغم من ذلك، الإقرار بأنّه بدا غريباً نوعاً ما الجلوس في معملٍ يتسبب لنا بالألم في وقت كان فيه المواطنون الآخرون يُصابون به مُكرهين لأقصى درجة عن طريق القنابل الألمانية.

وللتغيير، شاركنا نحن المتطوّعين الإقفاريين في اختبارات الألم الجلدي والألم الحشوي. لاختبار الألم الجلدي، استخدم لويس منطقة جلدية ما بين الإبهام وإصبع السبابة، ذلك أنّ تشريحها [يُظهر]، حيث الجلد يُطوى على الجلد، [أنّها منطقة] تولّد ألماً جلديّاً بجودةٍ نقية للغاية. كان يقرص منطقة الإبهام بأداة مِلزَمة صغيرة معيارية (vise) ومع كل لفّة للولب، كنا نستجيب برقم من الواحد وإلى العشرة، حيث نعدّ [درجات] الألم. فمثلاً، ألم الضغط المُحدث يتسبب بشعور «احتراق» مميّز، بينما الاختبارات التي تُجرى باستخدام الدبابيس وثقوب الشعيرات تُحدث ألمّاً «لاسعاً». وجد لويس أنّ المشاركين المعصوبين لم يستطيعوا التفريق بين أنواع الألم الذي تسببه الرؤوس الحادّة، أو شدّ الشعر، أو الحرارة، أو التيارات الكهربائية، أو السموم المهيّجة: كل الآلام اللاسعة تبدو مُتشابهة.

من واقع تصنيفات لويس الثلاثة للألم، وجدت أن الألم الحشوي أشدها إدهاشاً. هذا الألم الأبطأ، والأصعب تحديداً يُحذر من مشكلات عميقة داخل الجسد. عرفت أنّ الأعضاء الداخلية، مثل المعدة والأمعاء، لديها إمدادات ضئيلة من مستشعرات الألم. (هذا القصور هو ما يجعل قرحات المعدة خطرة: قد ينفذ الحمض إلى جدار المعدة قبل أن يلاحظ المريض أية آثار جانبية). يستخدم الجراح التخدير ليتجاوز أساساً حاجز الجلد. اقطع الأمعاء بالسكّين، اكوِها بالميسم، أو اكبس عليها بالملاقط، ولن يشعر المريض بشيء. عالجت مرةً رجلاً في الهند نطحه ثور بقرنه: كان يجلس هادئاً في غرفة الانتظار حاملاً أمعاءه بقطعة قماش، كأنّها مغلّفٌ من محلّ، دون أي علامة للألم الحشوي.

للمعدة والأمعاء تحسس طريف لنوع واحد من الألم، وهو ألم الانتفاخ. كان متطوّعو تومي لويس يبتلعون بجسارةٍ أنبوباً متّصلاً ببالون في نهايته. ما إنْ ينحدر الأنبوب إلى الأمعاء عبر المعدة، حتى يبدأ لويس بنفخ البالون. وما هي إلا لحظات حتى ينخر المتطوّعون باهتياج

[صارخين] به أن يتوقف. كانوا يمرّون بأحد أشد الآلام التي يعرفها الجسد البشري: ألم القولون، الذي يحدث إذا ما حاول شيء المرور عبر فتحة صغيرة للغاية، سواء كان في الكلية، أو المرارة، أو الأمعاء. تمتلك الأعضاء الداخلية خلايا عصبية تستجيب للمخاطر الأساسية التي يترجّح مواجهتها: الجسد الاقتصادي يعتبر إنذارها، لنقل مثلاً، بقطع ما [يعتبر ذلك] أمراً مَزيداً [لا حاجة له] حيث تتولى مستشعرات الجلد ذلك الأمر بكفاءة.

خلال تعرّف الألم مباشرةً عبر تجارب تومي لويس، بدأت أيضاً ببحث هذا الموضوع فعليّاً في المكتبات. أسرني التعقيد البديع لشبكة الألم. بدأت بدراسة الألم من واقع الفضول البدائي، دون أدنى فكرة عن أني كُنت أبني بناءً مُتراكماً لأساس عمل حياتي. حملتُ معي من ذلك البحث المُبكر حسّاً أبديّاً من المهابة والامتنان للشعور ذاته الذي يراه النّاس بامتعاض.

للجسد ملايين المستشعرات العصبية الموزعة توزيعاً غير عشوائي، إذ [وُزّعت] بالتوافق التام مع حاجة كل قسم. وخزة ضئيلة في القدم لن تُلاحظ، وإذا ما كانت في الأربيّة (groin) فإنّها مؤلمة، وتُسبب حُرقة إذا ما كانت في العين. إحصائيات العالم الألماني ماكس فون فريز (Max von Frey)[1] حول الألم الجلدي تُظهر بوضوح اختلافاتٍ [بحسب موقع الألم]: تتطلّب قرنية العين ٠,٢ غرام من الضغط للمليميتر المربّع الواحد لتشعر بالألم، وذلك مقابل ٢٠ غراماً للساعد، و٢٠٠ غرام لباطن القدم، و٣٠٠ غرام للأنامل.

حساسية العين للألم تبلغ آلاف أضعاف حساسية باطن القدم؛ لأنها

(١) ماكسيميليان روبيرت فرانز فان فراي (Maximilian Ruppert Franz von Frey) (١٨٥٢ - ١٩٣٢م): ألماني متخصص في علم الأعضاء، عُرف بأبحاثه واستكشافاته فيما يتعلق بالألم. (المترجمة).

تواجه مخاطر نوعيّة وتتطلب الرؤية أن تكون العين شفافة، لذلك يكون الحدّ من عدد الشُّعيرات الدموية (غير الشفافة) حاضراً دائماً؛ أيّ مُتطفل، حتى لو كان ذرة غبار أو شظية زجاجية دقيقة، تُسبب خطراً، ذلك أنّه وبسبب محدودية إمدادها بالدم، لا تتمكن العين من معالجة نفسها. وللعين استجابة [فورية تشبه] زناد البندقية بحيث إذا ما لمسها أي شيء لمساً قويّاً يتسبب بالألم فيزلق منعكس الطرف (blink reflex) [أي: رفّ الجفن] وذلك بغرض الحماية.

وعلى صعيد آخر، فقد صُممت القدم لتحمّل وزن الجسم: لديها هيكلة داعمة أصلب، الكثير من إمدادات الدم، وأقل حساسية للألم بألف ضعف. ويمكن قول الشيء ذاته حول أنامل الأصابع حيث تتحمل كثيراً من الضغط: سيكون النجارون نادرين طبعاً إذا ما اندفعت إشارات الألم من الأصابع القابضة نحو الدماغ عند كل ضربة من المطرقة. وفي كل حالة، تُقرر وظيفة كل جزء من الجسد هيكلها المُحيط، وعليه تتكيف بكل تفانٍ.

بالإضافة إلى تعقيد الجهاز، تُبلّغ مستشعرات الألم [الدماغَ] بسرعات متخالفة. الإشارات من سحج الجلد تنتقل بمعدل ثلاثمئة قدم للثانية، مُحدثةً استجابةً فوريةً. اِلمس موقداً حارّاً بإصبعك وسيرتد إليك حتى قبل أن يُوثّق الألم في دماغك الواعي[1] وعلى العكس من ذلك

(١) تُقدّم الاستجابة المنعكسة مثالاً جيداً لمدى تعقيد تصميم شبكة الألم. حين يتطلب خطرٌ ما ـ لمس موقدٍ حار، دوس شوكة، الرمش في مواجهة عاصفة غبارية ـ استجابة سريعة، ويوكله الجسم إلى حلقة انعكاسية تعمل تحت مستوى الوعي. لا فائدة من التفكير بالفرن، لِمَ ينشغل الدماغ الأعلى بفعل يُمكن التعامل معه على المستوى الانعكاسي (reflex level)؟ إلا أنّ ـ مندهشٌ في الحكمة الأصيلة في الجسم ـ الدماغ الأعلى يحتفظ بحق تجاوز الحلقة الانعكاسية هذه في الظروف غير العادية. [مثل] الخبير في تسلق الصخور المُتعلق بمنحدر ما، لكن يمدّ ساقه إذا ما سقطت حصاة وضربت الوتر الرضفي [وتر خلف الركبة]؛ لن تريق سيّدة مجتمع كوباً من الشاي الحارّ للغاية المقدّم في طقم =

يكون الألم من طبقة الأدمة والأعضاء الداخلية حيث يزحف بسرعة قدمين في الثانية، مما يعني: أنّه قد تمر عدة ثوانٍ قبل أن يُوثّق. إنّ وجع الألم البطيء أو نبضه أعمق ويميل للاستمرار. تومي لويس، المتيقظ دائماً، تساءل عن سبب عدم تناول التقنيين في الحقل الجديد الطب الإشعاعي بيض البيرشت (soft -bloiled -eggs). اكتشف، بفحصهم، أنّ حاملات أشعة إكس (الآليات السابقة كانت تحفظ بطريقة سيئة) كانت قد دمّرت المستشعرات العصبية في الطبقة الخارجية من الجلد، وعليه تمّ إخماد نظام التحذير المُبكر للألم السريع. تعلّم التقنيون تفادي الإمساك بقشر البيض الحار ذلك أنّ الألم المُؤخّر البطيء كان أسوأ، ولن يختفي بسهولة.

طبيب فرشاة الشعر

اعتاد تومي لويس التفكر بما يستحثّ مُستشعر ألم ما على إرسال إشارته. إذا ما صفّق حضور عرضٍ موسيقيّ معاً، لا يشعرون بالألم بدايةً. كل مرة تلتقي فيها اليدان، فإنّ خلايا جُسيمات الباتشيني التي تُشبه حلقات البصل [من الداخل]، تنضغط، وتُطلق ملاحظة عن استشعار الضغط. إذا ما واصل الحضور التصفيق لعشر دقائق مُطالبين بإعادة الأغنية، ستصبح الأيدي مُمضة، وإذا ما طالت مدة التصفيق سينزعجون حقّاً. لماذا؟ التصفيق الأخير ليس أقوى من التصفيق الذي يسبقه، وعليه فالضغط لا يزداد. وبطريقة ما تصبح الكفان حمراوين ومتورمتين، علامةً على تضرر النسيج، تتلقى الخلايا العصبية هذا الخطر وترسل إشارات الألم بالإضافة إلى الضغط.

ويحصل مثل هذا إذا ما طشّت نقطة من زيت الطبخ الحار على يديّ، فأضعها تحت الماء البارد حتى تتحسن. يترك الحرق علامة صغيرة

= صيني من ويدغوود؛ الناجي من حطام الطائرة سيكبح المنعكسات وسيمشي حافياً عبر قطع الزجاج والحديد الساخن. (المؤلف).

وحمراء، أنساها، حتى أستحم ليلاً. وفجأة يصبح الماء الذي كان مناسباً ليدي حارّاً ومُزعجاً للأخرى [التي وقعت عليها نقطة الزيت]. مُستشعرات الحرارة في كلتا اليدين تسجل تدفق الحرارة نفسه، إلا أنّ الجلد الذي تضرر قليلاً صار شديد الحساسية وبالتالي كيّفت مستشعرات الألم عتباتها. قبل بحث الموضوع والتعمق فيه كنت أتصوّر شبكة الألم كسلسلة من «الأسلاك» التي تعمل مباشرة من الأطراف إلى الدماغ، مثل صفارات الإنذار المتفرقة والمتصلة بمركز إطفاء مركزي واحد. عرفت لاحقاً كم كان ذلك المفهوم ساذجاً. الألم ما هو إلا تفسير دقيق للغاية استُمد من العديد من المصادر.

غراهام ويديل (Graham Weddell)[1]، مُقرّب آخر من تومي لويس ومُحاضر للسنة الثالثة في يونيفرسيتي كوليج، كان يبحث الألغاز العلمية بحماسة الشهيد [المُقبل على المعركة]. بمعاونة مساعده الهندي، استطاع إحداث نوافذ دقيقة في نسيج ذراعه وعزل الألياف العصبية، التي وصلها بمرسمة الذبذبات (oscilloscope). جرّب ويديل لاحقاً مُثيرات متنوعة - الحرارة، البرودة، وخزات الإبر، الأحماض - على يده وراقب النتائج التي تعرضها مرسمة الذبذبات. انتهى به المطاف بساعد يشبه حقل تجارب لواشم سيّئ، إلا أنّه اكتسب فهماً جديداً للألم: أنّه يعمل كإدراك أكثر من كونه شعوراً. يجب أنْ تجتمع انطلاقات العصبونات جميعاً في وقت واحد، عبر الإشارات المتكررة، أو في الحيّز [نفسه]، عن طريق ضمّ العصبونات القريبة، لتُصبح إشارات للألم. إجراءات الإيذاء النفسي أقنعت ويديل بأن إشارات الألم من العصبونات المُنعزلة ذات أثر ضئيل؛ ما يهم هو تفاعلها مع الخلايا المُحيطة والتفسير الذي يقدمه الدماغ.

---

(١) ألكسندر غراهام ويديل (Alexander Graham Weddell) (١٩٠٨ - ١٩٩٠م): طبيب بريطاني، من الأطباء الروّاد، سعى بأبحاثه حول الأعصاب للوصول إلى تطوير التداوي بالأدوية، ومن نتائج ذلك لقاح ضد الجُذام. (المترجمة).

لاحظ ويديل مُبكراً أن للبيئة المعملية أثرها القويّ على تجربة الألم. لم يكن الألم «موضوعيّاً» أبداً. كان تعبير المتطوّعين للمرة الأولى في تجاربنا عن الشعور بالألم أسرع من [المتطوعين المنتظمين]، ودائماً ما يحصل ذلك. حتى بعد تطمينهم أنّه يُمكنهم إيقاف المُثير المؤلم بالضغط على المفتاح، لم يثقوا تمام الثقة بعملية الاختبار، ويُغير القلق من إدراكهم الألم. [تفسير ذلك] أنّ تألّمهم أيسر وأسرع. ويشبه ذلك ما يحصل في التجارب التي تُجرى لآلام الجلد بالمِلزمة، عبّر أغلب الطلبة عن مستويات أقل من الألم الذي يُسببه الضغط إذا ما سُمح لهم بلفّ المفتاح بأنفسهم. الخوف الذي شعروا به إذا ما لفّ شخص آخر المفتاح يجعل مستوى إدراك الألم أعلى (تُشير هذه الحقيقة إلى أحد أهم قيود التجارب المعملية. ما يحصل حين أسمح لزميل موثوق به أن يُلحق بي الضرر في بيئة منضبطة هو تجربة مختلفة كليّاً عن الألم الذي قد أواجهه في العالم الخارجي حيث أكون عرضةً للخوف والغضب والقلق والعجز. ومن ناحية أخرى، الألم الذي يُعد مهمّاً في المعمل، كوخزة الإبرة، قد لا ألاحظه إذا ما كنت أعمل على الخشب، أو أقاتل في أرض المعركة).

كان لغراهام ويديل مكانة عظيمة لدى الطلبة، لربما لأنّه كان يبدو طالباً مفرطاً نموّه: لم يُسرّح شعره قطّ، ويُفضّل وجهة النظر غير التقليدية في كل موضوع تقريباً، ويُقهقه على النكات البذيئة. و[كطباقٍ] لعمله على الألم، بدأ ويديل بحث المُتعة. درسه بدايةً بتشريح المناطق الجنسية وذلك بتشريح إناث القرود. ثم، وبطريقة تمييزية نوعاً ما، وظّف متطوّعات من الطالبات ممن وافقن على أن تُحفّز أعصاب البظر بالكهرباء. وتفاجئ بأنّه لم يجد أي نهاية عصبية يُمكن تحديدها على أنّها «عصب اللذة». في الحقيقة، الخاصية الأساسية للمنطقة الجنسية كانت وفرة النهايات العصبية الحرّة المرتبطة عادةً بالألم.

خلُص ويديل إلى أنّ اللذة الجنسية ـ أيضاً ـ هي إدراك أكثر من كونها شعوراً. مُستشعرات اللمس والحرارة والألم تسجّل مباشرة الجوانب

الآلية لجسم ما إذا ما اقترب من الاتصال بجسم آخر. إلا أنّ المتعة تتضمن تفسيراً لهذه البلاغات، وهي عملية تعتمد اعتماداً كبيراً على العناصر المتحيّزة مثل الترقّب والخوف والذاكرة والذنب والحبّ. من ناحية عضويّة، التواصل الجنسي بين حبيبين ومصيبة الاغتصاب تتضمن النهايات العصبية ذاتها، إلا أنّ [إحدى التجربتين] تُوثق على أنها جمال، بينما الأخرى رعب. المتعة - حتى أكثر من الألم - تندمج كما المنتج الثانوي للتعاون بين العديد من الخلايا، حيث الدماغ الأعلى (the higher brain)[١] يتوسط لها ويفسرها.

كل طفل شديد الحساسية للدغدغة يعرف الشعرة الفاصلة بين المتعة والألم. اعتدت الاستمتاع بكوني طفلاً حساساً، وفي الهند كانت أختي، كوني، تجبرني [على استثارة حساسيتي] أحياناً. الريشة التي تُمرر بخفة على ساعدي تُثير شعوراً لذيذاً. إلا أنّ الحركة التي يفعلها العقرب بدبيبه على ساعدي، يبذل قوّة مشابهة على النهايات العصبية ذاتها، يُثير نتيجة عكسية تماماً: يعبر الخط الفاصل ما بين المتعة والألم، الخط الفاصل الذي يتحكّم به الدماغ المُدرك.

كلما سبرت أغوار الألم، تغيّر تفكيري حياله. مفهومي «صفارة الإنذار» المُبكر عن الألم يقترب كثيراً من النظرية التي وصفها رينيه ديكارت (René Descartes)[٢] في القرن السابع عشر. طوّر ديكارت أوّل نظرية حقيقية عن السبب والأثر المتعلق بالشعور (cause -and -effect theory) وذلك بعد زيارته لمنحوت مُتقن في حديقة في فرنسا يُشغّل بالهيدروليات. لمّا داس على بلاطة، انبثق الماء من تمثالٍ ودخل عينه.

---

(١) الدماغ الأعلى (the higher brain): يُطلق على منطقة الإدراك في الدماغ، وهي المنطقة الأمامية منه ويُقابله الدماغ الأدنى (the lower brain) يُطلق على المنطقة المسؤولة عن الحركة في الدماغ، وهي مؤخرته القريبة من المخيخ. (المترجمة).

(٢) رينيه ديكارت (René Descartes) (١٥٩٦ - ١٦٥٠م): فيلسوف فرنسي، يُعدّ والد الفلسفة الحديثة لتقديمه العلم مبنياً على الملاحظة والتجربة. (المترجمة).

أنواع الشعور لديها علاقة سبب وأثر متماثلة، أدرك ذلك [فانتهى إلى أنّه]: حفّز نهاية عصبية وسترسل رسالة مُباشرة إلى الدماغ. ربط ديكارت ما بين إشارات الألم وخادم الكنيسة (sexton) الذي يضرب جرسها: تجويف في إصبع، يشبه جذباً قويّاً للحبل، يُسبب تحذيراً متواصلاً في الدماغ. هذه النظرية المعقولة، التي شرحها في كتابه عن الإنسان (Treatise of Man)، خدمت العلم للغاية لما يقارب الثلاثة قرون، إلا أنّه ومع تقدّم الطب تظهر بعض الاستثناءات إلى النور.

في شبكة الألم، على سبيل المثال، يرن المنبّه أحياناً حتى إن لم يُجذب الحبل. لما بدأت بمعاينة المرضى، ركّزت على ظاهرة الألم المذكور. ذكرت آنفاً أنّ الجسم الاقتصادي يُعمل مستشعرات الألم فقط لحمايته من أكثر المخاطر شيوعاً (تُحذر الأمعاء من الانتفاخ وليس من القطع أو الحرق). إذا ما واجه الجسم خطراً غير شائع، فإنّه يتلقى هذا الوضع الطارئ عن طريق «استعارة» مشاعر الألم من المناطق الأخرى. لربما ناشد الطحال المجروح مستقبلات الألم البعيدة في حافة الكتف اليسرى، ولربما «استُشعرت» حصوة الكلى في نطاق ما من الأربية إلى أسفل الظهر.

الألم المشار إليه يجعل من التشخيص المناسب للأزمة القلبية مُشكلة صعبة. سيقول مريض: «هناك شعور بالحرق في رقبتي». ويقول آخر: «لا، إنه كما لو أنّ ذراعي تُعصر». لربما عبّر مرضى شتى عن [ألم] حرق أو تشنج في الرقبة، أو الصدر، أو الفكّ، أو الذراع اليُسرى. من جهة أخرى، فإنّ النخاع الشوكي يتحايل على الدماغ. جهاز الإنذار الموجود في النخاع الشوكي أو الدماغ الأدنى يكتشف مُشكلة قلبية، ولكن، مُدركاً أنّ الدماغ الواعي ليس لديه تصور محسوس عن القلب لقلة مستشعرات الألم فيه، يُوجّه [أي: جهاز الإنذار] خلايا الجلد والعضلات للتصرف وكأنّها تواجه خطراً محدقاً كإحسانٍ منها لجارها الصامت. وبشكل رائع، المنطقة «المُعيرة»، لنقل: الذراع اليسرى، قد تظل حساسة للمس حتى بين

نوبات الألم. نسيج الذراع اليسرى هو، طبعاً، سليم سلامة الذراع اليمنى؛ بلاغات الضرر [ما هي إذن إلا] تراكيب ذهنية (لا نجرؤ على القول بأنّها تراكيب ذهنية فقط). أداء الذراع اليسرى يجعله مستحقّاً لجائزة من الأكاديمية [الأوسكار] (Academy Award) عن دورها في جذب انتباه الضحية إلى الخطر المحدق بقلبها ولا تدري عنه.

يخترع الجسم الألمَ أحياناً، ويُشوّش أحياناً على إشارات الألم [الأخرى] المشروعة. على سبيل المثال، حين تدهن رياضية مرهماً على بطة ساقها المتورّمة، فإنّ الألم العضلي العميق يختفي بطريقة سحرية. وفعليّاً، فما زالت المُستشعرات هناك تبث إشارات الألم، إلا أنّ الإرسالات الجديدة حجّزت هذه الإشارات عن الوصول إلى الدماغ مُطلقاً. المُثيرات في المرهم جذبت إمداد دم عالٍ، مكوّناً استشعاراً للحرارة يتضافر مع حركة التدليك بيدها ليُبعِد إشارات الألم عن بطة القدم. استشعارات اللمس أو الحرارة أو البرد تُبالغ في رسالة الألم: نفرك قرصة بعوضة مسببة للحكة، ننفخ على الحرق، نضع كمادة من الثلج على الرأس المتألم، نعصر الإصبع المضروبة، نضغط على قارورة الماء الحار. الفعل غريزي غريزة لعقة الكلب للجرح.

ما إن فهمت بعض المبادئ الأساسية التي يقوم عليها إدراك الألم، حتى بدأت بالعمل عليها عياديّاً. ظهرت مرّة بثرة بسبب طفح جلدي في ساقي. أعلم أنّه يتوجب عليَّ ألا أهرشها، إلا أنّ الرغبة بذلك بالكاد يُمكن مقاومتها. اكتشفت أنّه بإمكاني التخلص من الألم والحكة كليهما إذا ما هرشت قريباً [من منطقة البثرة]، بعد حدود الطفح بالضبط. وبعدها حاولت تمرير فرشاة شعر ذات أسنان خشنة على الساق من الأعلى إلى الأسفل. تخدّرت الساق وشعرت بالراحة حتى لما مررت فرشاة الشعر بعيداً عن مصدر الألم. مغموراً بالاستشعار الجديد من أسنان الفرشاة القاسية، علّق النخاع الشوكي إشارات الألم ولم يوصّلها إلى الدماغ.

جرّبت طريقة التداوي [هذه] على مرضاي وقد كانت كالسحر، خصوصاً ليلاً. (أذكر أنّ جاك الجندي كان يعيش أقسى أوقاته بعدما يحل الظلام، حيث يقل ما يُشغل به فكره). استشعارات الألم المُزمن تميل لتكون أعلى كلما خففت الاستشعارات الأخرى، ووجدت أنّه بمقدور فرشاة الشعر أن تُخمد هذا الألم بإثارة آلاف من النهايات العصبية على سطح الجلد للعضو نفسه. لم يمضِ وقت طويل حتى أطلق عليّ مرضاي «طبيب فرشاة الشعر».

أمّا اليوم، طبعاً، فيمكن للطبيب وصف أي من أجهزة التحفيز الكهربائي للعصب عبر الجلد (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator) لتحقيق النتيجة ذاتها التي تحققها فرشاة شعري، بتكلفة أعلى إلى حد كبير. هذه الآلات، التي يتحكم بها المريض، تدفع بالأعصاب إلى إطلاق حاجز من الرسائل الشعورية المتضاربة. (كيلا نُبالغ في تمجيد الطب الحديث، لعلي أُشير إلى أنه في عام ٤٦ بعد الميلاد جرّب فيزيائي روماني التسكين الكهربي (electroanalgesia) بوضع سمكة كهربائية على رأس مريض).

نظرية بوابة الألم

استمرّ نشاط يونيفيرسيتي كوليج كمركز لأبحاث الألم لفترة طويلة بعد تخرجي فيها. بعد ثلاثة عقود؛ أي: في سبعينيات القرن العشرين، تعاون البروفيسور باتريك وول (Patrick Wall)[١] مع رولاند ميلزاك (Ronald Melzack)[٢] للعمل على نظرية توضح العديد من الألغاز التي

---

(١) باتريك ديفيد وول (Patrick David Wall) (١٩٢٥ ـ ٢٠٠١م): طبيب بريطاني، عالم في علم وظائف الأعضاء وعلم الأعصاب، أحد أعمدة دراسات الألم وواضع ـ مع زميله رولاند ميلزاك ـ نظرية بوابة الألم. (المترجمة).

(٢) رولاند ميلزاك (Ronald Melzack) (١٩٢٩ ـ ...): عالم نفس كندي، مزج تخصصه بعلم الأعصاب ويُعد رائداً في دراسات الألم كزميله الطبيب البريطاني باتريك وول الذي وضع معه نظرية بوابة الألم، إحدى نظرياته الأخرى. (المترجمة).

تكتنف الألم وحيّرتنا خلال أعوام الحرب. نظريتهم «بوابة الألم الشوكيّة (Spinal gate -control theory)» قدمت طريقة بسيطة ومترابطة للنظر إلى الألم.

وفقاً لهذه النظرية، في أبسط صورها، فإنّ آلاف الألياف العصبية، بعضها يهبط من الدماغ الأعلى وبعضها يصعد من أطراف الجسم، تلتقي جميعها في محطة توزيع، [تُسمّى] «البوابة» (سلسلة من البوابات في الحقيقة)، محلّها حيث يتّصل النخاع الشوكي بالدماغ. يتقارب العديد من الخلايا العصبية في مكانٍ واحدٍ مكوّنةً ما يشبه عنق الزجاجة، يُشبه نقطة تحصيل الرسوم على طريق سريع، مؤثرةً تأثيراً كبيراً على إدراك الألم. على بعض الرسائل الانتظار لتعبر، بينما قد لا يعبر البعض الآخر أبداً.

تلقى الممارسون العياديون نظرية بوابة الألم بالقبول ذلك أنّها بدت مُفسّرة للعديد من ألغاز النموذج الديكارتي القديم للألم (Cartesian model of pain). لا شكّ أنّها قدّمت شرحاً لعمل فرشاة شعري: الاستشعارات الجديدة والعديدة للمس والضغط دفعت بإشارات الألم المزمن [بعيداً وحلّت محلها]. أسهمت نظرية بوابة الألم أيضاً في توضيح أن كيف للناجي من تحطّم طائرة أن يسير فوق المعدن الحار دون ألم: النبضات العاجلة التي تهبط من الدماغ الأعلى تحجب جميع إشارات الألم عن الألياف الصاعدة. ميلزاك ووول استخدما نظرية بوابة الألم لتسليط الضوء على ظواهر مثل العلاج عن طريق الوخز بالإبر وكرامات الدراويش الهنود (في الظاهرة الأولى: تُبعد الإبر الإشارات الأخرى، وفي الظاهرة الثانية: استغل سادة التحكّم بالنفس قواهم العقلية للهيمنة على الإشارات التي تأتي من الأسفل).

بغض النظر عن التطوّرات الحاصلة في فهم شبكة الألم، بالكاد يُمكن لعلماء اليوم استبطان تعقيد الجهاز الذي أدهشني خلال أيام دراستي. الجملة البسيطة «إصبعي تؤلمني» تنطوي على عاصفة للنشاط

العصبوني على ثلاثة مستويات. على المستوى الخلوي، تتزاحم تنبيهات عن حكّة وتهيج للجلد على إصبعي لتلفت انتباهي، ولا يصل أغلبها الكثافة المطلوبة لإرسال إشارة الألم. إذا ما تم انتقالها، فلا بد أن تتنافس إشارات الألم في إصبعي في النخاع الشوكي مع تلك [الإشارات القادمة] من الألياف العصبية الأخرى. إذا ما ضربت إصبع قدمي، فلربما توقف إصبع كفّي عن الإيلام، قبل أن يتم تحويله للدماغ على أنه رسالة ألم. وبمروره من النخاع الشوكي، لربما أُخمدت رسالة الألم بأمرٍ من الدماغ الأعلى. لن أعرف أبداً برسالة الألم ما لم تستحث هي استجابة ما في الدماغ؛ [أي: أنّ] إصبعي لن «تؤلمني».

٦
الطب على الطريقة الهندية

«صبر الفقر.
في حقول الرز، تنحني الظهور للأبد.
يا لروعة الرجل الذي تنفق ثيرانه ويظل مبتسماً.
إنه لغز الهند، أو قُل الجنوب آسيويين»

غونتير غراس (Günter Grass)

أنهيت برنامج الإقامة الجراحية عام ١٩٤٦م، بعد عامٍ من انتهاء الحرب العالمية الثانية، وكنت متوقعاً أن أبحر مع القواتً البريطانية الاستعمارية لبضع سنوات، حيث أستطيع بعدها أن ألتحق بوظيفة هادئة في معملٍ للأبحاث، إلا أنّ اللجنة المركزية لطب الحرب (Central Medical War Committee) المشرفة على مثل هذه التكليفات، أثبتت أنّه لا يوجد ما يُطابق وصف الرجل الأسكتلندي الجموح الذي يُدعى الدكتور روبرت كوتشران (Robert Cochrane)[1]. بوصفه مشرفاً على العمل المتعلق بالجُذام في جنوب الهند، حضر كوتشران إلى لندن

(١) روبرت كوتشران (Robert Cochrane) (١٨٩٩ ـ ١٩٨٥م): طبيب بريطاني لوالدين تبشيريين ضمن بعثة تبشيرية بريطانية. أحد روّاد طب الجُذام وعلاجاته في العالم، وقضى معظم حياته في البعثات الطبية التبشيرية خارج إنجلترا. (المترجمة).

ليُوظف جراحاً لكلية طب حديثة في مدينة فيلور (Vellore). والدتي، التي كانت تتطلع لعودتي إلى الهند، قالت له إنّي قد أكون متيسراً [لهذا التكليف].

بالرغم من أنّ العودة إلى الهند ذات جذبٍ ساحرٍ عندي، إلا أنّ العديد من العقبات وقفت مُعيقةً طريقي إليها. اعترض كوتشران على الرفض الأوّل، وقال: «لا تقلق، سأعالج [موضوع] لجنة الحرب!» وأقنعها بطريقة ما للقبول بالخدمة في الهند بدلاً عن تجنيدي الإلزامي. كان كوتشران يُعدّ مُستشفى فيلور ليكون نقطة تحول للهند وللإمبراطورية البريطانية.

أثارت عائلتي مشكلة عاجلة أكثر [من غيرها]. لم أحضر ولادة طفلنا الأول، والفضل يعود لمهمتي في مُباشرة المصابين خلال قصف البليتز. سيُتم كريستوفر الآن العامين وقد اقترب موعد إنجاب مارغريت لطفلها الثاني. ولم أكن أتحمل فكرة تركها في وقتٍ كهذا. ردّت مارغريت عليّ ذاك الاعتراض قائلة: «يبدو أنّ الجيش سيُرسلك للشرق الأقصى أيّاً ما كانت الأحوال. وسألد الطفل ولن يُشكّل عندي فرقاً سواء أكنت في أوروبا، أم الشرق الأقصى، أم الهند». وعدتني أن تنضم إليّ خلال بضعة أشهر، بعد الولادة واستعادة عافيتها.

وُلدت ابنتنا، جين (Jean)، بينما كنت منشغلاً للغاية في توضيب الحقائب. وبعد أسبوعين، ضممت زوجتي، وابني الدارج، وابنتي الرضيعة ثم ركبت الباخرة إلى الهند. بالانتقال إلى الشرق عبر الطريق المارّ بقناة السويس، عشت مرة أخرى الألم الذي شعرت به في الرحلة المعاكسة، لما كان عمري تسعة أعوام وغادرت إلى إنجلترا من مرتع صباي في كوليز. عائلتي هناك في لندن، مستقبلي غير واضح، ذكريات طفولتي التي انبعثت، حتى شعرت بأنّي وحيدٌ للغاية في تلك الرحلة.

لم يكن لديّ أدنى فكرة عن سطوة أرض طفولتي عليّ حتى رست

الباخرة [على ساحل] بومباي. قال كبلينغ (Kipling)[1]: «تتأكد الروائح أكثر من الأصوات والصور من تقطيعها لنياط قلبك». عليه أن يعلم أنّه: قد تنفس كثيراً من الهند، أرض الأريج اللامتناهي. انهمرت الذكريات كالسيل ما إنْ أخذتُ نفساً في ذلك الجو الفريد، باقة غنية من أغصان الصندل، والياسمين، والفحم الساخن، والفاكهة الناضجة، وروث البقر، وعرق البشر، والبخور، وبراعم الأزهار الاستوائية. تلاشى ألمي وحل محلّه الحنين.

ستة آلاف عام من التقاليد والعقائد مرّت على بومباي بمظاهر مختلفة: الزهّاد الهندوسيون العراة تقريباً، الجانيون (jainists) الذين يتنفسون عبر المناديل لتفادي قتل الحشرات، السيخيون المشهورون بلحاهم وشواربهم المقوسة للأعلى وعمائمهم، الرهبان البوذيون الصلعان بأرديتهم التي بلون الزعفران. تُزاحم العربات التي يجرّها البشر الباصات والجمال وأحياناً الفيلة في الشوارع. يستخدم مزارعٌ ما دراجته لنقل الخنازير، حيث السّوق مقيدة إلى بعضها، وهي معلقة رأساً على عقب على مقود الدراجة، مطلقةً صرخاتها [كصرير] ماكينةٍ غير مزيّتة.

ثملتُ بهذه المناظر كمن أُزيلت عن عينيه الضمادات. الجمال زاخر: دكاكين الأزهار وألوان البودرة المشرقة، النساء في الساري الحريري المتدلي، ألوان الطيور الاستوائية، حتى قرون العجول زُيّنت [باللونين] الفضّي والتركوازي. وجدت نفسي محدقاً، ومرة أخرى [بعيني] الطفل ذي الأعوام التسعة الذي شدّ بقوّة على يد والده في شوارع المدن الهنديّة.

---

(١) روديارد كيبلينغ (Rudyard Kipling) (١٨٨٢ ـ ١٩٣٦م): أديب بريطاني شهير وُلد في الهند لعائلة بريطانية مهتمة بالآداب والفنون استقرّت في الهند بوصفها جزءاً من الإمبراطورية البريطانية. نال جائزة نوبل للآداب عام ١٩٠٧م. (المترجمة).

انهالت ذكريات أخرى خلال رحلة القطار الطويلة من بومباي إلى مدرَاس. في الخارج، [رأيت] القطار البخاري ينفثُ سُحُباً كثيفة من الدخان الأسود. أما من الداخل، فقد شاركت المكان مع أكياس خيش جوز الهند، وسلال الموز، ولفائف الأقمشة، وأقنان مليئة بالدجاج ذي النقيق العالي. لم ينقطع ثُغاء مِعزة في المقصورة المجاورة [طوال الرحلة]. انتشرت العائلات الهندية على الأرضية الخشبية - التي تلمع بالطين الأحمر لعصارة نبات التمبول (betel) - وتسلّقت على حاملات الأمتعة لتستلقي على بضائعها.

صعد القطار عبر تلال الغابات شرق بومباي، هابطاً إلى السهول الجافة والمغبرّة، سائراً ببطء بجلَبَته نحو أرض الشرق الخصبة. وبين كل بضعة أميال تظهر على مسافةٍ بيوتٌ على رابية صغيرة، مُشكّلةً قريةً من بين ملايين القرى في الهند. باقترابنا من المنطقة الخصبة، طرّزت قنوات الريّ وجه الأرض بمربعات خضراء غنيّة. رأيت عبر نافذة القطار المشاهد التي لم تتغير عبر القرون للعوائل القروية التي تذرو [البذور] وتطحنها. يقف أحدهم بقدميه الحافيتين على قطعة خشبية تشبه الأرجوحة في ساحة اللعب. موازناً نفسه بذراعيه الممدودتين كفنانٍ بهلوان، مشى نحو نهاية العارضة الخشبية، وبينما كان يمشي، تسبب تغيّر وزنه بدفع جردل جلدي إلى قناة الريّ ثم يمشي نحو المركز ليوازن العارضة، منتظراً مرافقه ليديرها نصف دائرة نحو قناةٍ أخرى، ثم عاد إلى جردل الماء، الذي دفق بمحتوياته إلى القناة الجديدة. يُعيد الصبيّان هذه العملية آلاف المرات، طوال اليوم، وكل يوم. إنّه لغز الهند.

ذهبت بالسيارة من مدراس إلى فيلور، المدينة التي تضم ١٠٠,٠٠٠ نسمة، ثم انتقلت إلى المساكن المزدحمة المخصصة لموظفي المستشفى. شعرت خلال أيام معدودة أنّي هنديّ مرة أخرى. حُفظ حذائي في

الدولاب ومشيت حافي القدمين أو منتعلاً الصندل. ارتديت ملابس قطنية فضفاضة. وتحممت على الطريقة الهندية، بأن أُدخل مغرفة معدنية في جردل الماء المُسخّن على نار الحطب ثم أصبّ محتواها من فوق رأسي. نمتُ تحت مروحة سقف بطيئة، يُلطّف [الجو] هدهدة طيور الهدهد «هو.. هو»، لتُوقظني الأصوات النشاز للغربان.

وصلت فيلور خلال الفصل البارد، وباقتراب فصل الصيف، تعاملت مع الحرارة كما لو أنّي لم أعرفها أبداً لمّا كنتُ طفلاً في الجبل. كانت الحرارة تقفز حتى تصل أحياناً إلى ١١٠° درجة فهرنهايتية في المساء. كُنا نُعالج الهنود الحفاة ممن تقرّحت أخامصهم بالمشي على الشوارع الإسفلتية الحارّة. عملية التنفس اليسيرة تتسبب بالتعرّق. بعض المكاتب علّقت ستائر القصب على الأبواب ووظفت الصبيان لبخ الماء عليهم طوال اليوم، لكن في الأيام الحارّة فعليّاً كانت الستائر تجف فوراً. ما تفعله مراوح سعف النخيل ببساطة هو تحريك الهواء الحار من مكانٍ إلى آخر. الملابس كانت حافظة للحرارة. وفي الليل شبكة البعوض الدقيقة التي تخدّرتُ تحتها خنقتني كالبطانية الصوفية.

لم يكن هناك أي تكييف في فيلور، ولا حتى في غرفة العمليات. لم أكن شعبيّاً أبداً بين ممرضات ومساعدي الجراحة لأنّي كنت أرفض استخدام مراوح السقف، خشيةً (مع شيء من التعليل [والبرهنة]) أنْ تُثير الغبار المحمّل بالجراثيم الذي قد ينثال على الجُرح. كُنا نعمل أحياناً لمدة اثنتي عشرة ساعة متواصلة، نتوقف بين العمليات الطويلة لتغيير أرديتنا ومآزرنا الرطبة.

ينبغي على البالغ في ذلك المناخ أن يشرب ستة كوارتات[١] من السوائل يوميّاً، إلا أنّي وجدتُ أنه إذا ما شربت كثيراً فإنّي أدخل في حالة

(١) الكوارت (Quart): وحدة إنجليزية لقياس حجم السوائل تُعادل ربع غالون؛ أي: ليتراً تقريباً. (المترجمة).

حرجة من «طفح الحرّ (prickly heat)»، وهي [حالة] من الطفح الجلدي الفظيع الذي يحصل بسبب التعرّق المتواصل. كان لدي رغبة مُلحّة [أكاد أستجيب لها] في الهرش، إلا أنّي لم أستطع [ذلك] خلال ارتدائي الإزار الجراحي والقفازات وجميعها معقمة، وبالإضافة إلى ذلك، كنت أعلم أنّ الهرش سيتسبب بالبثور والعدوى. حذّرني طبيب آخر، بالرغم من ذلك، من ألا أقتصد في شرب السوائل، قائلاً: «أعرف [نتيجة] هذه المحاولة. لما أتيت إلى الهند خفّضت من استهلاك الموائع لتقليل التعرّق والتخلّص من طفح الحر. وكان ذلك مجدياً. إلا أنّي لما توقفت عن شرب كثير [من السوائل]، حيث لم أشرب الماء الكافي لتفكيك البولينا، تبلورت إلى حصوات. وبصراحة يا بول، الخيار خيارك. إمّا طفح الحر أو حصوات الكلى. ولمّا جربت الاثنين، فإنّي أنصح بشدة بطفح الحر». عملتُ بنصيحته وواصلت شرب حصتي اليومية.

التأقلم على الهند أخذ نصيبه من جسدي. كل مقاومة للأمراض المحلية كنت قد اكتسبتها خلال طفولتي كانت قد اختفت لطول البُعد، وقد حاربت جولات متواصلة من الزُحار والكُباد (hepatitis) والإنفلونزا وحمى الضنك. حمى الضنك، أسوأ الأمراض، كان تعرف باسم «الحمى كاسرة العظام»؛ لأنّها كانت تستغرق أسبوعاً تقريباً تشعر خلاله أنّ جميع العظام في ظهرك وقدميك متكسّرة.

بعد أن قضيت ستة أشهر في التأقلم على فيلور، أبحرت مارغريت وطفلانا الصغيران من إنجلترا، وفي شهور يونيو من عام ١٩٤٧م التم شمل عائلتنا أخيراً. كنت أعمل بلا توقّف، وأجبرني وصول مارغريت على الاستقرار على روتين أكثر انتظاماً. انتقلنا إلى الدور العلوي من منزل بانغالو حجري قريباً من كلية الطب وغالباً ما كانت تنضم مارغريت إليّ في المستشفى، حيث تولّت عملاً في [عيادة] طب الأطفال.

تم تأسيس مستشفى فيلور في عام ١٩٠٠م على يد تبشيرية أمريكية، د. إدا سكرودير (Dr. Ida Scrudder)[1]. بدأ ككلية طب للشابات، تأسس في مستوصفٍ صغير لم تتجاوز مساحته عشر أقدام × اثنتي عشرة قدماً. ازدهرت الكلية، وفتحت أبوابها تدريجيّاً للطلاب الذكور. في الوقت الذي وصلنا فيه كان المستشفى قد توسّع ليكون مجمعاً من المباني التي تضم أربع مئة سرير. وبطريقة ما، وبغض النظر عن حجم المستشفى، صان الطاقم المفهوم الراسخ للمجتمع المسيحي الذي ألهمَته د. سكودر. كنا نشعر بأننا بين عائلة.

كان عليّ أنا ومارغريت تبني الطريقة الهندية في الطب. عرفت، على سبيل المثال، أنّ العديد من المرضى الهنود يرون الطبيب كاهناً. في أحد الصباحات المزدحمة [بالأعمال] كانت تتبعني امرأةٌ في جميع جولاتي، تتوارى خلف الظلال خلال انتقالي من غرفةٍ إلى أخرى. سألتها: «ما هذا؟ ألم أعالج زوجك؟» هزّت رأسها. ثم [سألت]: «وهل أخذتِ الوصفة من الصيدلية؟» هزّت رأسها أخرى. [وتابعت]: «هل أعطيتها إياه؟» هزت رأسها بالنفي هذه المرّة. سألتني: «هل يمكنك أيها الطبيب أنْ تأتي وتعطيه الدواء بيديك المُباركتين؟» كنتُ في البداية أنفر قليلاً من إصرار الهنود على اللمس وعلى التفاعل العائلي في جميع الأمور. لم ألبث حتى أبصرت الحكمة خلف ذلك، الحكمة التي أتمنى أنّنا أدركناها أكثر.

---

(١) إدا سكودير (Dr. Ida Scudder) (١٨٧٠ - ١٩٦٠م): طبيبة أمريكية وُلدت لأوّل تبشيري طبيّ أمريكي في الهند، د. جون سكودر (Dr. John Scudder) وتخرجت ضمن أول دفعة فتيات درسن الطب في جامعة كورنيل (Cornell University) عدلت عن قرارها بعدم الانخراط في العمل التبشيري لما كانت في زيارة لوالديها في الهند عام ١٨٩٤م وسمعت بوفاة ثلاث نساء خلال الولادة لغياب طبيبة توليد، لتبدأ رحلتها في معالجة النساء وتدريب الممرضات وتأسيس ما يلزم لهذا الغرض، ومن ذلك مستشفى فيلور الشهير. (المترجمة).

اتّباعاً لرؤية إدا سودير، سعى مستشفى فيلور إلى مزج الطب الحديث بالبيئة الهندية وليس مجرّد استنساخ الأساليب الغربية. كان هو المستشفى الآسيوي الأوّل الذي يُقدّم الجراحة الصدرية، وغسيل الكلى، وجراحة القلب المفتوح، والفحص المجهري الإلكتروني، والجراحة العصبية. بلغت سمعته مبلغاً دفع ببعض الأمراء العرب إلى الطيران أحياناً إلى الهند لقضاء رحلةٍ في بلدة المياه الراكدة التابعة لفيلور بغرض معالجة مشكلاتٍ صحية. كما حافظ المستشفى على نكهةٍ هندية مُميزة. كانت الأروقة تشبه أحياناً سوقاً صاخباً. يستلقي المرضى في ردهات تضم أربعين أو خمسين سريراً، ومن يقدم الطعام في أغلب الحالات عائلاتهم، وليس مطعم المستشفى. (كان الطاقم يُراقب النساء اللاتي يُشعلن مداخن الفحم في الردهات، متسبباتٍ بخطر الاشتعال) إذا ما توفّي مريض، كانت العائلة الحاضرة دوماً تنفجر عويلاً، وضرباً للصدر، ونحيباً عالياً وسط الردهة أو في الرواق. هذه كانت الهند، حيث المرض والموت مُسلّم بهما بوصفهما مرحلتين في دورة الحياة، ولم يرَ أحدٌ الحاجة إلى حبسِ المرضى عن معرفة الأخبار السيئة.

كانت نوافذ المستشفى مفتوحة معظم الأوقات لافتقاره إلى التكييف، وكان ضجيج الشارع - حيث جلجلة عربات العجول، وأصوات الدراجات البخارية، وصياح باعة الطعام - يتسرب إلى الداخل. واجه المستشفى في وقتٍ ما مشكلةً مع الغربان التي تتواطأ مع بعضها لسرقة طعام المرضى. كانت الطيور الماكرة تقود عملية السطو، حيث تطير عبر بابٍ مفتوح فتجذب مفرش الصينية بمناقيرها، ثم إذا ما انتثر الطعام على الأرض انقض المتآمرون على تلك المأدبة. ومرّة، دخل غرابٌ ببجاحة إلى معمل تشريح الجثث ونزع من المنضدة عيناً بشريّةً كان اختصاصينا لعلم الأمراض يُحضّرها للتشريح. لم يلبث المستشفى حتى تصدّى للغربان بوضع شبكة من الفولاذ الرقيق في الممرات؛ تصدّت [هذه الشبكة] أيضاً بطريقة ما للقردة.

الارتجال

مُمارسة الطب في الهند تتطلب، أكثر من أي شيء آخر، الإبداع. ونظراً إلى أنّ محدودية الموارد تمنعنا من الطلب الفوري لأحدث أجهزة الحفظ المعملية، أُجبرنا على ارتجال [الحلول]. بالإضافة إلى ذلك، لطالما كان هناك أخطاء لم يُحضّرنا أي كتاب لمواجهتها: انقطاع الطاقة في منتصف العملية، بلاغ عن داء الكلَب في المستشفى، انقطاع المياه، مُحمّة (pyrogen) غير معروفة في بنك الدم. كان علينا حك رؤوسنا وابتكار توجهٍ جديد.

إذا ما ظهرت تقنية جديدة، مثل الأشعة السينية المكثفة (image - intensifier X rays) توفّر ميزة تشخيصية فورية، فإنّنا نحاول [تطبيقها] باستخدام أفضل المعدّات الموجودة. أحد أخصائيينا في الإشعاع الهنود أتقن فنّ التصوير التنظيري السينمائي (cineradiography) وصنع صورة متحرّكة مُذهلة لآليات العمل الداخلية للجسم البشري (كما أنّه اكتسب سمعة سيئة نوعاً ما بسبب فيلم غريب. هذا الأخصائي الإشعاعي أقنع مُلتهماً للثعابين هندياً أن يُطعمَ عُنصر الباريوم (barium) لأكثر ثعابينه حيوية. ثم وأمام قُمرة الأشعة السينية، يبتلع هذا المُلهي الشعبي اللطيف هذه الثعابين، واحدة تلو الأخرى، ويجعلها تلهو لفترة في معدته، ثم يتقيّؤها. الفيلم الذي نتج عن [هذه التجربة] - حيث يرى المشاهدون الأفاعي، التي تظهر باللون الأبيض بفعل مادة الباريوم، تتلوّى في ضيق وهي تنزل إلى المريء، ثم تتلوى حتى تدخل المعدة وتستعيد نشاطها هناك، ثم تندفع للأعلى عبر فوق الحجاب الحاجز المنتفخ - تلقى صدًى واسعاً في مؤتمرات الإشعاع العالمية).

قسم التخدير لدينا، على العكس من ذلك، كان يفتقر للاحتياجات والمعدات. استخدمنا بدايةً كمامة سلكية بسيطة مع اثنتي عشرة طبقة من قماش الكتّان الرقيق مثبتةً عليها. كان أخصائي التخدير يغمس قماش

الكتّان الرقيق في مادة الأثير المخدّرة (ether)، ويضعها فوق فم المريض لفترة مناسبة، ثم يتفحص الجفن دوريّاً ليقيس تأثير الأثير. لم يكن لدينا أيّة مراقبين لتقديم قراءات غازات الدم، أو ضغط الدم، ولا معدل النبض، إلا أنّه في الهند، غالباً ما يحل الإمداد البشري الضخم محل التقنية: كان يقف المساعد الذي مهمته الوحيدة مراقبة ضغط الدم والاستماع [للنبض] عبر السماعة الطبية تحسباً لأي اضطرابات. بالتأمل في تلك الأيام، أرى أننا أجرينا العمليات في أحوال بدائية، إلا أنّي أعزّي نفسي بتذكر العدد القليل للغاية الذي تُوفي على طاولات العمليات في فيلور.

استغرقنا سنوات لإتقان دقائق نقل الدم، وهو علم جديد نسبيّاً [آنذاك]. في عمليات التجبير، كُنّا نعتمد على ما توافر من أدوات في محيطنا بحيث تمتص دم المريض وتعيد توزيعه. في إحدى الحالات الطارئة، استخدمنا أسلوب نقل الدم من ذراع [المتبرع] إلى ذراع [المتبرع له]، وقد كان مثيراً للغاية. بعد اختبار مناسبة المتبرع، وغالباً ما يكون قريباً، [نطلب منه] الاستلقاء على طاولة مرتفعة تعلو المريض الذي يواجه الخطر. يضع الطبيب إبرةً في وريد الشخص السليم، ويثبت بها أنبوباً ينزل إلى الأسفل، ويُدخل نهايته في وريد المريض المحتاج للنقل. [وهكذا] تنتقل الحياة مباشرة من شخصٍ إلى آخر.

أصبح لدينا تدريجيّاً بنك فاعل للدم. كان يمانع أغلب الهنود التبرع بالدم، إلا أن نظام السوق الحرّة تجاوز مقاومتهم. اكتشف سائقو الريكشا (rickshaw) أنّ المال الذي يكسبونه لقاء التبرّع ببنت (pint)[1] من الدّم يُعادل عملهم في سحب الريكشا ليومٍ كامل. لم يمضِ وقتٍ طويل حتى استخدمنا نظام وشم الجلد لمراقبة تكّرر تبرعاتهم [بالدم] إذ إنّ بعضهم

(١) بِنت (pint): وحدة قياس للسوائل تُعادل نصف ليتر تقريباً. (المترجمة).

وباستخدام الأسماء المستعارة كان يذهب إلى المستشفيات الأخرى ويتبرّع بينت أسبوعيّاً!

كُنّا نجري العمليات أحياناً في القرية بدلاً من إجرائها في المستشفى. خشيت بدايةً من مضاعفات مثل هذه الإجراءات الخارجية، إلا أننا تعلّمنا أنّ بيئة القرية لا تشكّل خطراً حقيقيّاً إذا ما اتّبعنا طريقة صارمة في التعقيم. صحن من الأغار تحت شجرةٍ في الهواء الطلق يحمل من البكتيريا أكثر بكثير من نظيره في ممر المستشفى، إلا أنّ هذه البكتيريا وبلا شك أقل ضرراً كما أنّها أقل مقاومة للمضادات الحيوية. في المستشفى الهندي العادي، كانت الجراثيم المنبعثة من أسوأ الأمراض السارية، وبعضها ذات سلالات مُقاومة، تسرح بحريّة عبر الممرات. وليس هذا هو الحال في البيئة الريفية حيث إن أغلب الجراثيم الشائعة هي تلك التي أظهر لها القروي العادي مقاومة طبيعية. أجريت عدداً لا يُحصى من العمليات في مخيمات العمليات ـ بما في ذلك عملية اضطررت فيها إلى استعارة طقم أزاميل من نجّار محلّي وغليتها ـ ولا أذكر أنه نتج عنها أي إنتان خطِر.

أنتون تشيخوف (Anton Chekhov)[1] كان يُجري عملياته أحياناً ـ وفحوصاته ـ بالخارج تحت شجرة. وصفة لمخاوف المزارعين الروسيين وخرافاتهم ذكّرتني بما أواجهه أحياناً في ريف الهند، حيث علينا مكافحة الأدوية التقليدية. فعلى سبيل المثال، لمّا كانت العائلات التي تؤمن بالخرافات تعتقد أنّه من المهم أن يولد الطفل وفقاً لبرج محظوظ، كانت القابلات توظّف عدداً متنوعاً من التقنيات لتغيير موعد الوِلادة. كانت الأم تجلس في وضعية تسمح لرجلٍ قويّ أن يجلس على أكتافها بتوجيه من

---

(١) أنتون تشيخوف (Anton Chekhov) (١٨٦٠ ـ ١٩٠٤م): أديب روسي، تخرج طبيباً عمل لفترة في الطب إلا أنّه اشتغل لاحقاً بالصحافة والأدب واشتُهر بأعماله الأدبيّة. (المترجمة).

القابلة بُغية الضغط على قناة الولادة لتأخير الوضع. وعلى العكس من ذلك، فلتسريع الولادة، كانت القابلة تضرب جوف المرأة المسكينة.

العائق الأصعب [من جملة العوائق التي واجهناها] في العمل الصحي كان المياه الملوثة. يموت المزيد من أطفال العالم الثالث، وبلا شك، بسبب الجفاف الذي يُسببه الإسهال أكثر من أي سبب آخر. نستطيع التحكم بجودة المياه في المستشفى، إلا أن إمدادات المياه في القرى عادة ما تكون مصدر المرض. داؤه في دوائه: كلما شرب الطفل الماء مقاومةً للجفاف، تضاعفت إصابته بالعدوى. ومن الغرابة أنّ أشجار جوز الهند الوفيرة في جنوب الهند تقدم حلّاً لهذه المُعضلة.

عملتُ في لندن مع ديك داوسن (Dick Dawson)، وهو جرّاح أسرته القوات اليابانية خلال الحرب وضمّته لطاقم العمل الذي يعمل على بناء طريق بورما ـ سيام[1] المخزي. كانت الظروف مروّعة. كان الطاقم يعمل في المستنقعات، ولمّا لم يُقدم آسروهم لهم أية مراحيض، تلوّثت المياه بالمجاري. انتشر الزحار وأسقط السجناء البريطانيين المصابين بسوء التغذية التقرّحات. المسؤول الطبي للطاقم، داوسن، الذي اضطرب أكثر فأكثر، وقف عاجزاً في منع وفيّات الجنود.

وفجأة، وخلال جلوسه يوماً ما في خيمةٍ قلب المشهد الجحيمي، تجلّى لديك داوسن ما تجلّى. ناظراً إلى المستنقع النتِن بأبخرته، لاحظ أشجاراً جميلةً طويلةً تنمو وسط بركة. تتعلّق في قمة هذه الأشجار ثمار جوز الهند الخضراء اللامعة. هذا هو [الحل] ـ إمداد وفير من السائل المغذي الغني بالعناصر المغذية! ـ ثم أمر داوسن أصحّ الجنود بتسلّق تلك الأشجار وقطف ثمار الجوز الأكثر خضرة (الثمار الخضراء وحدها [التي يُمكن أن تستخدم]، قبل أن يثخن عصيرها ليصبح حليب جوز الهند الأبيض). ومن ذلك الحين، خطط داوسن لتعويض أغلب حالات

---

(١) سيام (Siam): الاسم القديم لتايلند. (المترجمة).

الزحار بنقل ماء جوز الهند [عبر مجرى الدم]. كشط أغصان البامبو الخفيفة المجوفة لاستخدامها كالإبر، وثبّتها بأنابيب مطاطية. تدخل إبرة ثمرة جوز الهند، والأخرى [في الطرف الآخر من الأنبوب] وريد الجندي.

انتشرت طريقة ديك داوسن في أجزاء من الهند، حيث لا يُمكن استخدام السوائل المغذية. عادة ما كُنّا نُطعم ماء جوز الهند المرضى عبر الفم، إلا أنّ مستشفيات القرى تستخدم ثمار جوز الهند أحياناً كمصدر مؤقت للسوائل الوريدية (IV)، كان مشهد حامل السائل الوريدي المعدني مثبتاً بأنبوب مطاطي يخرج من ذراع المريض حتى يدخل ثمرة جوز هندٍ طازجة بالنسبة للزوار من إنجلترا والولايات المتحدة مشهداً مُنفرّاً. ومع ذلك، فإنّ سائل الفركتوز (fructose) في ثمرة جوز الهند المثبّتة كان مغذياً كأي منتج من أي مزوّد طبيّ. تم إنقاذ عدد لا حصر له من ضحايا الكلوليرا والزحار عبر مثل هذه العلاجات القروية.

الحرارة، الأحوال البدائية أحياناً، غرائبيات الطب الهندي، الجولات المنتظمة للزحار والحرارة الاستوائية، كل هذه تتطلب أن يتعودها البعض، إلا أنّ الصعوبات [الأخرى] كانت تُقابل بالحماس الخالص لممارسة الطب. لا يزور الهنود الطبيب لشكوى بسبب أنفٍ يرشح أو حلقٍ ملتهب؛ كانوا يأتون للمستشفى إذا ما احتاجوا فقط لتدخل طبي عاجل. شعرت بنفسي وكأني مُتحرٍ قانوني. إذا ما أُصيب مريض ما في إنجلترا بالقرحة، فإننا نعالجها؛ أما في الهند، فإننا نُعالج القرحة ونتفحص وجود الدودة الشصّيّة (hookworm)، والملاريا، وسوء التغذية، وعشرات العلل.

دُهشت بجلَد المرضى الهنود وموقفهم الهادئ حيال المعاناة. لا يشتكون حتى بعد الجلوس في غرفة الانتظار المزدحمة لساعات. كان الألم، بالنسبة لهم، جزءاً من مشهد الحياة، ولا جدوى من تفاديه. تُخمد

فلسفة الكارما كل معنى متعلق بانعدام عدالة الألم؛ إذ إنّه لم يكن إلا لِيُحتمل، [هكذا ببساطة].

كُنت أحياناً أفكر بأسّى حول غُرف العمليات والمعامل في مستشفى يونيفيرستي كوليج في لندن حيث تُعد قطعاً فنية، بمناخ مُنظّم. شعرت بأن عليّ ممارسة رسالتي، وتيسير التعويض عن أي فقد. لم أشعر أبداً أني أمام تحدٍّ كما لم أشعر بالرضا. يرى بعض الأطباء الأجانب في دول العالم الثالث أنّهم أبطال مؤثرون. [جرّبت] وعرفت. كان لدى أكثرهم وقت [العيش] حيواتهم. أعرف كثيراً من الممارسين الصحيين في الغرب ممن يقضي نصف ساعات عمله في تعبئة نماذج التأمين، ومناقشة برامج الصحة الحكومية، واختيار أنظمة الحفظ المحوسبة، وتخيّر تأمين التقصير المهني، والاستماع إلى عروض مسوّقي العقاقير. ولا شيء [من ذلك] يُعادل الهند عندي.

الطريق الأطول والأعقل

عملت خلال سنتي الأولى في فيلور جراحاً عامّاً، حيث أعالج كل من يقف على الباب. كُنت شابّاً، طموحاً، مأخوذاً بغامرة الطب الحقيقي. مع بداية سنتي الثانية، بدأت التخصص بالتجبير (orthopedics)، وما زلت لا أحمل أدنى فكرة عما سيحمله عمل حياتي إليّ. بدايةً، وكأي جرّاح جديد، كُنت أطبّق فقط ما تعلّمته خلال التدريب. وبمرور الوقت، بالرغم من ذلك، وجدت أنّ الهند كانت تعلّمني مداخل جديدة للعلاج. ترتبط ذكراي المفضلة عن تلك الأيام بمعالجة اعوجاج القدم، أو الحنف القفدي الفحجي (talipes equinovarus). تتسبب هذه الحالة، وهو عيب جيني، بقلب القدم ولفّها إلى الداخل.

رأيت في مستشفى غريت أورمند ستريت في لندن العديد من حالات اعوجاج القدم نظراً إلى أنّ رئيسي، دينيس بروان (Denis Browne)، كان خبيراً معروفاً عالميّاً في هذا الحقل. (ما زالت إحدى جبائر اعوجاج القدم

تحمل اسم دينيس بروان). أذكر أنّي رأيته بعيني الطالب المتحمّس حيث، الرجل الكبير، يُدلك قدمّي الرضيع المتناهية الصغر بيديه الضخمتين للغاية لدرجة أنّ إبهامه بحجم باطن قدم الرضيع حديث الولادة. وبمهارة عاليةٍ، كان دينيس يُعالج تلك الأقدام، بإجبارها أن تعود إلى الوضعية الصحيحة وتثبيتها بلاصق في جبيرة صلبة بحجم القدم. كان يُصر على التصحيح الكامل في المعالجة الأولى، وكان يفعلها. كُنت أسمع أحياناً تمزّق الأربطة خلال تحويله القدم إلى وضعيتها الجديدة.

كنت موكولاً بالمتابعة العيادية حيث تُغير الجبائر، وفي تلك العيادة بدأت بمشاهدة المرضى يأتون بعد سنين بمشكلاتٍ تتطلب أحذية خاصة وعمليات تصحيح. لم أقلل أبداً من تقديري لدينيس بروان، العبقري الطبّي الأصيل، إلا أنّي وبالرغم من ذلك أخشى أنّه لم يُقدر تماماً الضرر الذي يُصيب العضو جرّاء التندّب الناتج عن الضغط القسري. تبدو الأقدام التي يُصححها بأشكالٍ جميلة، إلا أنها بلا مرونة ومتصلبة أكثر بسبب الأنسجة العديدة المتمزقة.

بعد وصولي الهند بقليل افتتحت عيادة للأقدام في مستشفى فيلور، [فكادت] أن تُسحق تحت الأقدام. انتشر الخبر عن عيادتنا، وقبل أن نُجهزها بالطاقم المناسب وجدنا أنفسنا نُباشر مرضى عددهم أكبر مما نستطيع [التعامل معه]. ألقيت نظرة على الفناء فوجدت القوم من مختلف الأعمار يستندون على العكّازات ويسحبون أنفسهم بطريقة مُثيرة للشفقة. شعرت، متأملاً ذلك الحشد، بالذهول والعجز.

بحثت عن أعراضٍ مألوفة وما لبثت أن وجدتها على هيئة اعوجاج القدم. أحوال الأمهات المكروبات تسببت بولادة أطفال بهذا العيب. أسسنا عيادة لحنف القدم الذي أُصيب به هؤلاء الأطفال فقط، ودرّبت طاقم فيلور على الروتين المعتاد للجراحة وأدخلت طريقة التجبير التي تعلّمتها من دينيس براون. جلبنا قطعة كبيرة من بقايا طائرة سقطت أثناء

الحرب العالمية الثانية، فقطع حدّاد محلي الغطاء الحديدي وطرقها ليصنع لنا جبائر صغيرة لنستخدمها.

بدأت في تلك الأثناء بمعالجة المرضى الأكبر سنّاً [من ذلك الحشد]. لاحظت أن بعضهم يمشي بطريقة مرتعشة وبساقين مقوستين لم يسبق لي أن رأيتها. كانوا في الحقيقة يمشون على السطح الخارجي لأقدامهم، وتكاد كواحلهم أن تلامس الأرض بدلاً من بطائن أقدامهم، حيث تتحرك إلى الداخل والخارج، [في وضعية] تقابل. كان مثيراً للأعصاب رؤية أحدهم يسير نحوي ببطائن أقدام وردية ظاهرة تماماً في كل خطوة. أدركت فجأة وللمرةِ الأولى أني أنظر إلى ضحايا اعوجاج القدم راشدين ممن لم يُعالجوا أبداً خلال مرحلة المهد. كانت طبقة جلدية جاسئة تغطّي «أعلى» أقدامهم؛ أصيب العديد منهم بالعدوى والقروح؛ لأنّ الجلد الذي فوق القدم لم يُصمم ليمشي [الإنسان] عليه.

اخترت مريضاً بعمر التاسعة للعلاج، متوقعاً عملية طويلة من التجبير متبوعةً بعملية جراحية من النوع الجذري لتحويل القدم وإصلاحها ليكون باطنها إلى الأسفل. خلال فحصي إياه، لم أصدق [ما يجري] بين يديّ. بتدليكي قدميه وتحريكها، وجدتها طريّة ومستجيبة لأي تحريك طفيف، على العكس تقريباً من التيبّس الذي واجهته في مرضاي الأكبر سنّاً في إنجلترا. لم تتشكل الندوب على النسيج ذلك أنّه لم يُجبر أي طبيب قدميه على هيئة جديدة أو يُخضعها للتصحيح الجراحي. فكرت بأنّي يجب عليّ ألا أُعرّض هذا النسيج البكر لأي ندوب باستخدام القوة القسرية. وعلي الضغط بلطف على قدميه [دافعاً] بها إلى الخلف باتجاه الوضعية الصحيحة حتى يشعر بوخزة الألم، ثم أجبّرها في محلّها. بعد أسبوع، وفي جلسة تغيير الجبيرة، وجدت أن الأنسجة قد ارتخت. كُنت أضغطها أكثر أسبوعاً إثر أسبوع مع التجبير المتواصل، حتى تم تصحيح نصف العيب تقريباً دون جراحة.

لما رأيت أخيراً المراهق يمشي بعيداً، حيث يستخدم لأول مرة في حياته باطن قدمه، أدركت موقناً أنّه علينا تطبيق مبدأ التصحيح البطيء على الأطفال ذوي الأقدام المعوجة. أعلنت لعيادة الرُّضع أنّنا بصدد تجربة مدخلٍ جديد [في معالجة اعوجاج القدم]. لا مزيد من التعديل القسري. لا مزيد من العمليات التي تنشأ عنها الندوب. ومن الآن وصاعداً سنحفّز الأنسجة على معالجة نفسها. كان هناك مشكلة واحدة: كان علينا بطريقة ما حساب مقدار القوة اللازمة لتحفيز القسم المعيب من القدم لينمو، إنما ليس بتلك بالقوة التي تضرّ الأنسجة وتتسبب بالندوب.

لن أسرد الطرق كلّها التي جرّبناها حتى وصلنا لهذه الحسبة، وهي طريقتنا الأخيرة الأنجع دون سواها. عالجت عيادة اعوجاج القدم الرضّع، وفي الهند تُرضع الأمهات أطفالهن لعام على الأقل. ووجدنا في ذلك حلاً [مهمّاً]. وجّهنا الأمهات لإحضار الأطفال وهم في حالة جوعٍ شديد؛ لن يرضع أحد قبل المعالجة الصباحية.

اكتسبت العيادة وعن جدارة سمعتها بوصفها العيادة الأكثر إزعاجاً في المستشفى، لتلحقها غرفة الانتظار بصراخ الأطفال الرضّع النشاز. ما إن يُنادى باسم الطفلة، حتى تدخل الأم وتجلس أمامي. تضع طفلتها مسجاةً على ركبتيها، وتفتح رداء الساري حتى آخره ليظهر ثدي متورمٌ بالحليب. بينما تمصّ الرضيعة الثدي بنهم، أُزيل الجبيرة القديمة وأغسل القدم، ثم أحركها لاختبار مدى الحركة. تُدير الرضيعة عينيها إليّ أحياناً وتعبس، إلا أنّ الحليب هو الأولوية المُهيمنة الآن. بعد تقييم المشكلة، أخذت لفيفة من جبس باريس (plaster of paris)[١] النقيّ، بللته، ثم بدأت العمل على القدم.

تأتي الآن اللحظة الحرجة. أحدّق باهتمام في عيني الرضيعة. وفي

---

(١) جبس باريس (Plaster of paris): نوع من الجبس سريع الجفاف. سُمّي بجبس باريس حيث إن المادة التي يُصنَع منها موجودة بكثرة في منطقة قريبة من باريس. (المترجمة).

تلك اللحظة، لا تزال مهتمةً بشيء واحد [فقط]: الطعام. في أول بادرة انزعاج، تُحرّك عينيها وتبدأ بالنظر إلى قدمها وإليّ، مصدر المشكلة. هذه هي العلامة! نلف بسرعة ضمادة جبس باريس حول القدم والساق، ونثني القدم إلى أقصى وضعية نستطيع الوصول إليها لدرجة أنّها ستجعل الرضيعة مستمرةً في التحديق والعبوس.

إذا ما حاولت إفلات حلمة أمها لتصرخ، نكون قد خسرنا اللعبة. سنكون قد بالغنا فيما نفعله، مُجبرين القدم على وضعية تضع النسيج تحت ضغطٍ كبير. عند أوّل صرخة اعتراض، نُرخي الجبس، ونفكّه، ونبدأ التضميد من جديد بينما يعود الرضيع إلى صدر أمه. عرفنا أنّه إذا تخطينا حاجز الألم، حتى ولو لم نرَ إصابة واضحة، فإنّ التورّم واليبوسة سيظهران لاحقاً.

باستخدام هذا التكنيك، استطعنا تحقيق نتائج جذرية لتصحيح كاملٍ دون اللجوء إلى الجراحة. قد يتطلب طفل واحد معالجة بعشرين جبيرة، بين كل قالب جبسي والآخر حوالي خمسة أيام، وهي فترة كافية تُتيح للجلد، والأربطة، وأخيراً خلايا العظام للتكيف مع الضغط الخفيف المُمارس عليها. بعد المعالجة النهائية، نُبقي القدمين في جبائر دينيس بروان حتى يبدأ الطفل بالمشي. لا بد أن يكون تأثير التصحيح لطيفاً ومنتظماً؛ إذا ما تركنا القدم بلا قالب جبسي لأسابيع قليلة، سيعود هذا العيب فوراً. إذا ما أثبتت المعالجة نجاحها، فسينتهي الطفل بأعضاء مرنة وقدمين في الوضعية الصحيحة للمشي، دون أي علامة للتورّم أو الندوب. كان العمل على الحالات القليلة التي تتطلب التدخل الجراحي في مرحلة متأخرة ممتعاً لغياب النسيج ذي الندوب.

من واقع تجربتي مع اعوجاج القدم، تعرّفت مبدأً أساسيّاً في علم وظائف الخليّة: ألا وهو أنّ الإقناع اللطيف يعمل عمله أفضل بكثير من التصحيح العنيف. علّقنا شعاراً على باب عيادة اعوجاج القدم [وهو]:

«حتمية التدرج (the inevitability of gradualness)». بالرغم من أنّي تدربت لأكون جرّاحاً، متخصصاً في التصحيح الجذري، صرت أفضّل المُتعة الأكبر في مساعدة الجسم على العملية العجيبة لتكيّفه مع الضغط وشفاء نفسه. بغض النظر عن مهارتي في الجراحة، فإنّي سأحدث دائماً جرحاً وأريق دماً وأمزّق نسيجاً، وهذه العناصر التي ستُلحق [بالجسم] الندوب كالتي رأيتها في مرضى دينيس براون. إذا ما استطعت إقناع الجسم بتصحيح نفسه دون جراحة، فإنّ كل خلية داخلية ستكرّس نفسها للعمل على حل المشكلة الأصلية، وليس أي مشكلات جديدة سأحدثها أنا. التغييرات الأطول مدًى والأعقل لن تترك أي ندوب.

طقسنا المتعلّق بالأمهات المرضعات كان مجدياً لسببٍ واحد: ساعدنا في تكييف أنفسنا مع تحمّل الطفل للألم، حيث أعلم أنه إذا ما تسببت أي حركة لقدم تلك البنت الصغيرة بانزعاجها، فإنّ الجسم سيستطيع التعامل مع ذلك الضغط دون أي ضرر. ينزعج الطفل من عدة أمور: وجه الغريب، الحفائض الرطبة، الضجيج العالي. وبالرغم من ذلك، فإنّ الحالة المتقدمة من الجوع تحكم جميع المنغّصات ما عدا الألم. إذا ما حرّكت قدمها بعنف يُسبب لها الألم ـ فإنّ ذلك كافٍ لها لتطلق حلمة [مُرضعتها] ـ أكون حينها قد تخطّيت حاجز الألم الذي تم تصميمه ليحمي [الجسم]. يحمي الألم [الجسم] من الضرر دون أي تمييز، سواء كان سببه المريض أو طبيبه المعالج.

لم ألبث حتى اتبعت مبادئ مُشابهة لتصحيح الأيدي المتيبّسة جرّاء الجُذام. إلا أنّ هؤلاء المرضى [أي: المجذومين] يأتون بمجموعة من المشكلات الجديدة، مشكلات حيرتني لعقد. لم أستطع الاستماع لآلامهم، إذ لم يكن لديهم آلام.

القسم الثاني

مهنة الألم

٧
منعطف تشينغلبُوت[1]

«كُنتُ على هيئة إنسان؛ لديّ على الأقل الطقم الكامل من الأرجل والأذرع، إلا أنّه لربما ما زلتُ كتلة من العار. كان شيءٌ من الخزي يعتري الطريقة التي كانت تُزيحني عن مسرح الحياة خلسةً»

بيتير غريفز (Peter Greaves)، مصاب بالجُذام

كُنت قد اتبعتُ سعيداً الروتين اليومي لتدريس الجراحة حتى أنهاه د. روبرت كوتشرن، الأسكتلندي صعب المراس الذي استدعاني إلى الهند من البداية، وذلك بدعوتي إلى مجذَمَتِه (leprosarium). أعرف القليل عن المرض الذي نال بسببه كوتشرن صيتاً عالميّاً. أذكر تماماً المشهد المرعب الذي رأيته في طفولتي، لمّا أبقاني والدي وأختي في البيت بينما كان يُعالج رجالاً مصابين بالجُذام. وفي فيلور غالباً ما أرى متسوّلين متروكين بالتشوّهات المميّزة للجذام. سألت هؤلاء المتسوّلين: «لِمَ لم تأتوا إلى عيادتي؟ لكان بإمكاننا على الأقل فحصكم وتضميد تقرّحاتكم».

---

(١) تشنيغلبُوت (Chingleput): مدينة تقع في الهند تعاقبت عليها عدة ممالك لذا اكتسبت أهمية تاريخية. كانت إدارياً تتبع مدراس خلال الاستعمار البريطاني للهند وتضم عدة كليات تتبع جامعة مدراس، وأصبحت الآن أحد أحياء مدينة تشيناي، مدراس سابقاً. (المترجمة).

كانت إجابتهم: «لا يا دكتور، لم نتمكن أبداً من المجيء. لا يسمح لنا أي مستشفى بدخوله. فنحن مجذومون». تحققت من الأمر مع المستشفى، وكان المتسولون على حق. فيلور، كأي مستشفى عام في الهند، كانت لديه سياسة صارمة فيما يتعلّق باستقبال مرضى الجُذام، اعتقاداً بأنّ «المجذومين» سيخيفون المرضى الآخرين. أخرجت الموضوع من عقلي حتّى أصر بوب كوتشرن على أن أزور مصحته للجذام في تشينغلبُوت.

كان بوب ذا مظهرٍ أسكوتلاندي تقليدي: البشرة المتورّدة، الرأس المشتعل شيباً، والحاجبان الكثيفان اللذان يستعملهما لأقصى حد. لم يسبق لي أن التقيت بشخصٍ نشِط، وواثق، ومدمنٍ للعمل [مثله]. وبالإضافة إلى الإشراف على العمليات اليومية التي تُجرى في مصحة الجُذام [التي تسع] ألفَ مجذوم في تشينغلبُوت، كان يعمل كوتشرِن أيضاً كمديرٍ مؤقّت لكلية طب فيلور ويرأس عدداً من برامج [معالجة] الجُذام الحكومية في المنطقة الإدارية ككل. كان يستيقظ عند الساعة الخامسة صباحاً، ويعمل بلا كلل - حتى في أشدّ أيام الصيف حرارة - حتى العاشرة مساءً، حيث يستريح بدراسة الإنجيل لساعةٍ أو اثنتين.

حرب كوترين ضد الجُذام كانت حملةً صليبيةً دينية في جوهرها. كان يقول: «أنا مهتم بالمسيحية، ومهتم بالمسيح، وهذا موضوعٌ مختلفٌ تماماً». بتقفّيه آثار اليسوع، الذي حطّم المحظورات الثقافية بالوصول إلى ضحايا الجُذام، قاد كوتشرن حملةً ضد الوصمة الاجتماعية السائدة [للجذام]. واصل إرسال موجات من الصدمات في المجتمع الطبي عبر توظيف مجذومين (كان يُعد الحالات التي وصلت «مرحلة الاحتراق (burnt -out)» غير مُعدية) للعمل في منزله، أحدهما طبّاخه الشخصي والآخر البستاني.

والأهم من ذلك أن كوتشرن كان رائداً في إدخال عقار سولفون

جديد إلى الهند من أمريكا حيث يعترض هذا العقار تقدّم الجذام. وللمرة الأولى، استطاع منح مرضى الجُذام أملاً حقيقيّاً في إيقاف المرض، ولربما التشافي منه أيضاً.

الرعشة المُفاجئة

ينظر الجميع إلى المصحّة التي تُديرها كنيسة أسكوتلندا (the Church of Scotland) كمرفق نموذجي. يميل مرضى الجذام إلى العيش منفصلين عن المجتمع، مُشكّلين مُجتمعاتهم الخاصة جوار حاويات القمامة أو بعض الأماكن البعيدة. حتى الجهات [المتخصصة] بالجُذام كانت تُنزِل مرضاها في مجمّعات قذرة بعيداً عن المناطق المأهولة بالبشر. وعلى العكس كانت تشينغلبُوت حيث كانت حرماً بهيجاً واسعاً بأبنية صفراء نظيفة مسقوفةً بالقرميد الأحمر. ومن سنين خلت، زرع التبشيريّون صفوفاً طويلة من أشجار المانغا والتمر الهندي، مما جعل تشينغلبُوت تبدو الآن كالواحة في المنطقة الجنوبية الصخرية الطينية من مدراس.

كان يوماً لطيفاً ومشمساً من عام ١٩٤٧م الذي زرت فيه أخيراً بوب كوتشرن في تيشنغلبُوت. بينما كنا نتجوّل في طريقٍ مُظلل، كان بوب يُلقي في أُذني حقائق حول الجُذام أكثر مما كُنت أهتم بمعرفتها. قال: «من الصعب جدّاً أن يكون معدياً. واحد من بين عشرين راشداً بالكاد يكون معرّضاً للإصابة به، أمّا البقية فلن ينتقل إليهم لو حاولوا ذلك. كان الجُذام مُريعاً، أمّا الآن، والفضل يعود لعقارات السولفون، استطعنا اعتراض المرض في مرحلة مبكرة. إذا ما استطعنا إقناع المجتمع بما يُحرزه الحقل الطبي من تقدم فسنستطيع إغلاق هذا المكان. سيتمكن مرضانا من العودة إلى مجتمعاتهم وحيواتهم».

فيما بين هاتين المحاضرتين القصيرتين، أراني كوتشرن متفاخراً الصناعات المنزلية التي أسسها: الحياكة، تجليد الكُتب، ومحلات الإسكافية؛ وحدائق الخضروات وسُقف النجارة. بدا بوب ذاهلاً عن

المظهر الناتئ لمرضى الجُذام بمراحله المتقدمة، إلا أنّه توجّب عليّ مقاومة محاولتي تحاشي النظر إلى الوجوه الممسوخة أكثر [من غيرها]. كان لدى بعضهم ما يُسمى بالمعالم الأسديّة للجذام، [وهي]: الأنف المفلطح، انعدام الحاجبين، والجبهة العريضة للغاية ومثلها عظمتا الخد. عدد قليل للغاية منهم يستطيع التحكّم بعضلات الوجه للحد الذي استصعبت فيه التفريق ما بين الابتسام والتكشير. لاحظت غشاوة لبنية ببقع حمراء في عيون كثيرين، فأخبرني كوتشرن أنّه غالباً ما يُصيب الجُذام ضحاياه بالعمى.

توقّفت بعد دقائق عن النظر في الوجوه ذلك أن أيدي مرضى الجُذام جذبت انتباهي. بينما كُنا نمشي، كان المرضى يحيوننا بالطريقة الهندية التقليدية: اليدان مرفوعتان، وراحتاهما مواجهتان لبعضهما مع احناء بسيط للرأس. لم أرَ بحياتي مثل هذا العدد من الأيدي المبتورة والمُشابهة للمخالب. الأصابع المبتورة تبرز بزوايا غير طبيعية، ومفاصلها متيبّسة في وضعية معينة. رأيت أصابع مثنية للأسفل بعكس راحة اليد بوضعية المخلب المثبّت، حيث تنغرز الأظافر فعلاً في جلد الرّاحة. فقدت بعض الأيدي الإبهام والأصابع جميعها.

في ورشة الحياكة، لاحظت صبيّاً صغيراً يعمل بنشاط وقوّة على مِنوال، دافعاً بمكوك النسيج عبر النسيج بيده اليُمنى ثم يُلتقطه بيده اليُسرى راصّاً الخيوط بعود خشبيّ رصّاً قويّاً. زاد من سرعته، للتباهي أمام مُديره وضيفه على الأرجح، فتطايرت شُعيرات القطن في الجو كما الغُبار. تحدث كوتشرن رافعاً صوته ليتجاوز جلبة المِنوال: «كما ترى، بَول، قد يعود هؤلاء العاملون إلى التسوّل خارج المَجذَمة، [إذ] وبغض النظر عن مهاراتهم، لن يجرؤ أحدٌ على توظيفهم»، أحدثت حركة لاعتراض [حديث] بوب وأشرت إلى آثار بقع غامقة على القماش القطني. أكان دماً؟

صحت على الحائك: «أرني يدك»، ترك الدوّاسة، وأنزل مكوك النسيج، وانخفض مستوى الإزعاج في الغرفة فوراً عدة ديسيبيلات (decibels). رفع [إليّ] يداً مشوّهةً، ملتوية بأصابع مبتورة. فقد تقريباً ثُلث إنش من الإصبع الوسطى، ولما اقتربت رأيت عظماً أجرد ناتئاً عن جرحٍ متعفنٍ ومقرف. كان هذا الصبي يعمل بإصبعٍ مقطوعةٍ حتى عظمها!

سألت الصبي: «كيف جرحت نفسك؟» ردّ عليّ بردٍّ فاتر: «أوه، إنه غير مهم. كان هناك بثرة على إصبعي، وكانت قد نزفت قليلاً، وأظن [جرحها] قد انفتق مرة أخرى». أخذت بضع صور ليده وأضفتها لملفاتي المتعلقة بتجبير العظام، ثم نقلناه إلى العيادة للتضميد.

لما ترك الصبي المكان، شرح بوب: «هذه مشكلة حقيقية هنا. يُصبح المرضى مخدّرين. يفقدون كل إحساس للمس والألم، لذا علينا مراقبتهم عن قرب. يؤذون أنفسهم دون إدراك ذلك». فكّرت بنفسي أن كيف يمكن لأي شخص ألا يُلاحظ جرحاً كهذا؟. من [قراءتي] لأبحاث تومي لويس، أعلم أنّه ما يَقرُب من واحدٍ وعشرين ألف مستشعر للحرارة، والضغط، والألم يتجمّعون معاً في كل إنش مربّع من كل أُنملة. كيف لم يتمكن من الشعور بمثل هذا الجرح؟ كما أنّ الصبي لم يُظهر أي نوع من الانزعاج.

أكملنا الجولة وبدأ كوتشرن، المتخصص بالأمراض الجلديّة (dermatologist)، بوصف الفروقات الدقيقة في لون وقوام سطح الجلد الجاف التي تُشير إلى الإصابة بالجُذام. قال، مُشيراً إلى مرضى قد تخرّقت بشراتهم بفعل المرض: «لاحظ الانعكاسات المختلفة في بقعةٍ ما وبثرة، في عُقدة درنية وبقعة جيرية»، ما زلت أفكّر بالحائك الصغير وإصبعه المِدماة، والمحاضرة المتواصلة دون توقف بدأت تزعجني.

قلتُ أخيراً: «بوب، سمعت بما فيه الكفاية عن البشرة. أخبرني عن

العظام. انظر إلى يدي تلك المرأة. لم يتبقَّ لها أي أصابع، ليس إلا نتوءات. ما الذي حصل لأصابعها؟ هل وقعت جميعها؟».

ردّ بوب بفظاظة: «عذراً بول، لا أعرف»، ثم استأنف محاضرته حول البشرة.

قاطعته مرة أخرى قائلاً: «لا تدري! لكن بوب، سيحتاج هؤلاء المرضى أيديهم لكل شيء في الحياة. هناك شيء يُدمر الأنسجة. لا يُمكن أن تسمح بفقدان هذه الأيدي».

عُقد حاجبا كوتشرن للأعلى في إشارة أدركت أنها التحذير الأخير قبل أن تهب العاصفة. وخز بطني بإصبعه، سائلاً إياي: «ومن المتخصص بالعظام هنا يا بول!»، ثم واصل: «أنا متخصص في الأمراض الجلدية، وقد درست هذا المرض لخمسةٍ وعشرين عاماً. وأعرف أكثر ما أعرف عن كيفية تأثير الجُذام على الجلد. أما أنت فستعود إلى تلك المكتبة الطبية في فيلور وتقرأ في أبحاث الجُذام والعظام. وسأخبرك بما ستجده: لا شيء! لم يسبق لأي متخصص في العظام الانتباه إلى هذا المرض، بالرغم من أنّه يُعطّل مزيداً من الناس أكثر مما يفعله شلل الأطفال (polio) أو أي مرض آخر».

هل يُمكن أن يكون صحيحاً أنّه ما من أحدٍ من آلاف جرّاحي العظام قد أبدى اهتمامه بمرضٍ يتسبب بمثل هذه التشوّهات المُريعة؟ لا ريب أن يكتسي وجهي بنظرةِ الشكّ إذ إنّ كوتشرن ردّ [عليها] كما لو كان قد قرأ ما بعقلي، قائلاً: «تعتقد أنّ الجُذام كأيّ مرضٍ آخر يا بول، إلا أنّ الأطباء، كأكثر الناس، يضعونه في تصنيفٍ مستقل. يرون الجُذام كلعنة من لعنات الآلهة. لا زال يحمل أورة الحكم الغيبي. ستجد كُهاناً، وتبشيريين، والقليل من غريبي الأطوار يعملون في منشآت الجُذام، إلا أنّه يندر أن تجد ممارساً طبياً جيّداً، ولن تجد أبداً متخصصاً في العظام».

ظللتُ صامتاً، مُجيلاً في ذهني ما قاله كوتشرن. كُنا نسير تحت

رواق الأشجار المتعانقة متجهين نحو قاعة الطعام. كان يومئ كوتشرن للمرضى الذين نمرّ بهم ويتحدث معهم. بدا أنّه يعرف كل واحدٍ منهم باسمه.

أشار رجلٌ إلينا بالوقوف، ثم سأل ما إذا كان بإمكاننا فحص قرحةٍ في قدمه. أقعى على الأرض وحاول أن يحلّ رباط صندله، إلا أنّه لم يستطع ذلك بيده التي كانت في وضعية المخلب. في كل مرة كان يحاول وضع رباط الصندل بين إبهامه وراحته بغرض حلّه عن الإبزيم، كان ينزلق منه. علّق كوتشرن: «شلل بسبب تضرر الأعصاب. هذا ما يفعله هذا المرض. الشلل، بالإضافة إلى التخدّر التام، لا يستطيع هذا الصديق استشعار رباط الصندل كما لم يستشعر الصبي الذي يعمل على المِنوال إصبعه المقطوعة [بالضبط]».

سألت مرتدي الصندل إذا كنت أستطيع رؤية يديه. رفعهما عن الأرض، ولا يزال الصندل مربوطاً بقدمه، ثم قدّم يده اليُمنى. كانت الأصابع بطولها الكامل وسليمة، إلا أنّها عديمة الجدوى عملياً. الإبهام وأربعة أصابع مثنية للداخل وتضغط على بعضها في وضعيةٍ أسميتها باسم «اليد المخلبية المجذومة»، بينما كنتُ أتفحص يد الرجل، تفاجأت بنعومة ملمس الأصابع وغضاضتها، على العكس من الأصابع المتيبّسة بفعل مرض الرثية [الروماتيزم] أو الأمراض الأخرى المُسببة للشلل. فردتُ الأصابع وأدخلت يديّ بين إبهامه المنثني وأصابعه وقلت: «اعصر بأقوى ما عندك».

مترقباً شدّاً ضعيفاً من العضلات المشلولة تقريباً، أفزعتني هزّة من الألم سرت عبر يدي. لهذا الرجل قبضة لاعب كمال أجسام! انغرزت أظافر أصابعه المثنية في جلدي كالمخالب. صرخت به: «توقف!» رفعت رأسي لأرى نظرة متحيرة في عيني الرجل. لا بد أنّه حدّث نفسه: ياللزائر الغريب. يطلب منّي عصر يده ثم يصرخ عليّ لأني فعلت ذلك.

شعرت بأكثر من الألم تلك اللحظة. شعرت بصحوة مفاجئة، بباعث كهربائي لطيف يُشير إلى بداية بحثٍ طويل بلا حدود. كان لديّ حدسٌ أنّي قد انزلقت في طريقٍ سيؤدي بحياتي إلى وجهةٍ جديدة. لقد قضيت للتوّ صباحاً كئيباً للغاية، حيث رأيت آلاف الأيدي تصيح طالبةً العلاج. بوصفي جرّاحاً يُحب الأيدي، هززتُ رأسي أسِفاً عبثاً، ذاك أنّي ظننتُ حتى تلك اللحظة أن تلك الأيدي قد تدمّرت للأبد. أما الآن، وبقبضة هذا الرجل صار بيدي دليل على أنّ تلك اليد «عديمة الجدوى» تُخفي عضلاتٍ حيةً، قوية. شلل؟ لا زالت يدي تؤلمني جرّاء قبضته.

لم ينقص ذلك اللغز إلا نظرة الرجل المتحيّرة. لم يكن لديه أدنى فكرة عن درجة الألم التي تسبب لي بها حتى صحت به. كان قد فقد الاتصال الشعوري بيده.

الموت الزّاحف

بعد قبولي تحدي بوب كوتشرن، عُدت إلى فيلور وقرأت الدراسات والأبحاث السابقة المتعلقة بجانب العظام في مرض الجُذام. عرفت أنه يُتوقع أنه ما بين ١٠ ملايين إلى ١٥ مليوناً من الناس حول العالم مُصابون بالمرض. ولمّا تحقق في ثلثهم أضرار حقيقية في اليدين والقدمين، فإنّ الجُذام يُمثل السبب الوحيد الأعظم لكُساح العظام. افترض أحد المصادر أن الجُذام يُسبب شللاً في الأيدي أكثر مما تسببه الأمراض الأخرى مجتمعة. إلا أنّي وجدت مقالاً واحداً فقط يصف تدخلاتٍ جراحية ليس ضمنها البتر، المقال الممهور باسم «روبرت كوتشرن».

أوقد المساء في تشينغلبُوت داخلي شغفاً لم أستطع تجاهله، وشعرت بانجذاب لإجراء مزيد من الأبحاث على هذا المرض الوحشي. نمط الشلل حيّرني ذلك أنّه نقض نقضاً سافراً تجربتي مع الشلل. الرجل صاحب الصندل كان بإمكانه إدخال أصابعه، لكن لم يستطع إخراجها: استطاع القبض على يدي كالمِلزَمة، إلا أنّه لا يستطيع تفريج أصابعه كفاية

للإمساك بقلم الرصاص. لِمَ جزء واحد من يده فقط مشلول؟ احتجت إلى معرفة أيّ من الأعصاب الثلاثة الرئيسية في اليد هو المسؤول عن الشلل الجزئي، وذلك كنقطة انطلاق [البحثي].

جدولت زيارة أسبوعية لتشينغلبُوت. كُنت أصعد قطار المساء كل خميس بعد الانتهاء من جولات المستشفى من فيلور، ثم أستأجر عربة يجرها حصان لنقلي عبر الأميال الأخيرة التي تفصلني عن المصحّة. أعدت عائلة كوتشرنز غرفة الضيوف لي، وبعد ساعاتٍ من النوم الجيد ليلاً، كُنت أستيقظ لأبدأ يوماً كاملاً في دراسة المرضى. بعد تناول طعام العشاء مع عائلة كوتشرنز مساء الجمعة، كنت أرتاح مُبكراً، وأضبط مُنبهي على الساعة ٤:٣٠ صباحا. كان يُدرّسني بوب صباحاً في كلية طب فيلور أيام السّبت، ثم أعود على سيارته.

شكّلتُ فريقاً متسلسلاً من التقنيين، وكنّا نفحص بتسلسل آلاف المرضى في تشينغلبُوت. أجرينا اختباراتنا باستخدام الريشة والدبوس الحاد، استطعنا تخطيط حساسية [المرضى] للمس والألم في مناطق مختلفة من اليد. ثم قسنا مدى حركة الإبهام، والأصابع، والرسغ، وكررنا الإجراء نفسه لأصابع القدمين. سجّلنا الأطوال الدقيقة لأصابع اليدين وأصابع القدمين، مع ملاحظة أيّ من الأصابع قد تم تقصيرها وأي من العضلات بدا أنّها شُلّت. إذا ما ظهر شللٌ في الوجه، فإننا نلاحظه أيضاً. وكنّا نستخدم الأشعة السينية مع الحالات الأكثر إثارةً للاهتمام.

لمّا كنتُ أخصص يوماً واحداً في الأسبوع لقضائه في تشينغلبُوت، امتدت الدراسة لأشهر عديدة. وبالرغم من ذلك، فقد لاحظتُ مُبكراً نمطاً واضحاً بين المرضى (٨٠٪ منهم كما تبيّن) ممن شعر بدرجةٍ ما من الشلل في اليد. كلهم تقريباً فقدوا حركة العضلات التي يتحكم بها العصب الزندي (the ulnar nerve). أثبت أيضاً ٤٠٪ منهم وجود شللٍ في المناطق التي يدعمها الجزء الأدنى من العصب المتوسّط (the median nerve).

ومن الغريب أنّي لم أجد أي شلل في عضلات الساعد التي يدعمها الجزء الأعلى من العصب المتوسط. عدد قليل للغاية من العضلات التي يتحكّم بها العصب الكُعبري (radial nerve) تأثّرت، كما لم نجد أي شلل فوق الكوع. كانت هذه هي الحالة الشاذة التي لاحظتها أوّل مرة في صاحب الصندل، الذي استطاع ثني أصابعه دون فردها.

لم يسبق لي أن رأيت مثل هذا النمط غير المألوف. يواصل الشلل زحفه في بعض الأمراض حتى يصل الجذع، مُلحقاً [الضرر] بكل الأعصاب في طريقه. وفي بعضها الآخر، كشلل الأطفال، فإنّ الشلل عشوائي تماماً. بدا أن الجُذام يهجم على أعصاب محددة بانتقائية شديدة، وبتوافق غريب. كيف يُمكن تفسير هذا التطوّر غير المعتاد؟

تيقّظت الآن جميع حواسي العلمية. حتى أشد المصابين بالجُذام لا زال يحتفظ ببعض الأعصاب والعضلات الجيّدة، كذلك الرجل ذو اليد المخلبية الذي استعرض عليّ وبقوّة شديدة الحقيقة التي فتحت الباب للإمكانية السهلة الممتنعة المتعلقة بالتصحيح الجراحي. المريض ذو اليد المخلبية لا يزال يثني أصابعه إلى الداخل، إذا ما استطعت إيجاد كيفية تحريرها لبسطها إلى الخارج، لاستطاع استعادة وظيفة يده.

كان عليّ قبل المُضي قدماً تعلم المزيد [حول الجذام]. قرأت كل ما هو متوافر حوله. لم ألبث حتى اكتشفت السبب [الذي دفع] ببوب كوتشرن إلى أن يُصبح مجاهداً صليبيّاً (crusader). ليس في التاريخ مرضٌ يُعد وصمة عار [كالجُذام]، بدوافعَ مُعظمها نتج عن الجهل والصور النمطية المغلوطة.

انبثق جزء من الهيستيريا المتعلقة بالجُذام من الخوف الكبير من العدوى. في زمن العهد القديم، كان على الشخص المُصاب بالجُذام أو المُصاب بأمراض جلديّة معدية «ارتداء ملابس مرقّعة، تاركاً شعره أشعث، حاجباً الجزء السُفلي من وجه صائحاً: «غير نظيف! غير نظيف!» (سفر

اللاويين، ١٣: ٤٥). كان يعيش المصابون بالجُذام في معزلٍ عن جدران المدينة. وفي معظم المجتمعات عبر التاريخ، كان أي خوف مُشابه من العدوى يؤدي إلى وضع سياسات حكومية للحجر الصحي.

وبالرغم من ذلك، كما طمأنني بوب كوتشرن، فإنّ مثل هذا الخوف ليس له ما يُبرره. لا ينتقل الجُذام إلا لمن هم عُرضة لهم، وهم أقلية قليلة. في عام ١٨٧٣، حدد العالم النرويجي أرموار هانسِن (Armauer Hansen) العامل المسؤول عن الجُذام - مايكروباتيريوم ليبراي (Mycobacterium leprae)، وهو عُصيّة (bacillus) تشبه إلى حد كبير العُصيّة الدرنية (tuberculosis bacillus) - ومنذ ذلك الحين أثبت الجذام أنّه أقل الأمراض انتقالاً من بين جميع الأمراض السيّارة. مواطن هانسن دانيال كورنيليوس دانيالسين (Daniel Cornelius Danielssen) «والد طب الجُذام»، حاول ولسنوات نقل المرض لأغراض اختبارية، وذلك بحقن العُصيّة بحقنة تحت الجلد في نفسه وأربعة عاملين في المعمل. أظهرت هذه الجهود شجاعة لا مثيل لها والأهم: كان لدى الخمسة جميعاً مناعةٌ [ضد الجُذام][١].

(إن أُحجية الانتقال ما زالت غير محلولة حتى يومنا هذا[٢]. أكثر مجموعة معرضة للعدوى هي الأطفال ممن لهم اتصال طويل مع المصابين بالجُذام، ولهذا السبب كان يُفصل الأطفال في بعض البلدان عن والديهم المجذومين. يُفضل العديد من الممارسين النظرية التي تنص على أنّ

---

(١) واجه هانسِن فشلاً مماثلاً في محاولاته نقل العُصيّة. لم يُحقق أي نجاح في [نقلها] إلى الأرانب، فجرّبها على الإنسان وذلك بحقن جراثيم الجُذام في قرنية عين مريضة. لم ينتقل المرض للمرأة إلا أنّها عانت من ألم الحُقنة وبلغت عنه السُلطات. ونظراً لخرقه أخلاقيات [ممارسة الطب]، حُظر على هانسِن ممارسة الطب في المستشفيات النرويجية لبقية حياته. (المؤلف).

(٢) يشير لوقت كتابة الكتاب؛ أي: في بدايات التسعينيات الميلادية (عام ١٩٩٣م). (المحرر).

الجُذام ينتشر عبر الجهاز التنفسي العلوي؛ أي: عبر رذاذ الأنف الذي يصل عبر الكح أو العطس. المعايير العالية للنظافة تميل إلى التقليل من فرصة العدوى: العاملون في طب الجُذام لديهم معدل إصابة بالعدوى منخفض للغاية بغض النظر عن اتصالهم المنتظم بالمرضى. نظّر بعضهم [للأمر] بقوله: إنّ عُصيّة الجُذام تتكاثر على هيئة مستعمراتٍ في القذارات، مما يُفسّر ربما لِمَ يقبع مُعانداً في الدول ذات الاقتصاد المنخفض حيث يمشي النّاس حفاةً ويعيشون في بيوتٍ أرضياتها قذرة. أفلت المرض قبضته عن أوروبا الشرقيّة، حيث كانت يوماً ما أرضاً خصبةً له، لما ارتفع المستوى المعيشي، ويُمكن قول الشيء نفسه في البلدان النامية اليوم).

وبالرغم من انتشاره، فإنّه من النادر أن يُؤثر الجذام على أكثر من ١٪ من سكان منطقةٍ معينة. هناك بعض الاستثناءات، كما علِمت، والمنطقة المحيطة بفيلور في الهند كانت أحد هذه الاستثناءات: في أربعينيات القرن العشرين كانت نتيجة اختبار الجُذام لأكثر من ٣٪ من سكان المنطقة إيجابية [أي: ثبتت إصابتهم بالجُذام].

كان لدى أكثر المرضى المُصابين فرصة تشافي جيّدة من تلقاء أنفسهم. هذه الحالات «الدرنية» قد تُعاني من بقعٍ للجلد الميّت، فقدان الاستشعار، وتلف قليل في الأعصاب، لكن لا وجود لتشوّه بليغ. تظهر العديد من الأعراض بسبب استجابة المناعة الذاتية الهائجة للجسم ضد العُصيّات الدخيلة.

إلا أنّه واحد من بين خمسة مُصابين، يفتقر إلى المناعة الطبيعية. عادة ما ينتهي المطاف بهؤلاء المرضى غير المحميين، إلى أن يتم تصنيفهم تحت «الجُذام الورمي (lepromatous)»، في المرافق المُشابهة [المصحّة] تشيتغلبُوت. يبدو أنّ أجسادهم تجعل من نفسها كالسّجادة المُرحبة بالغزاة الدخلاء لتضرب تريليونات العُصيّات حصارها على هيئة

اختراق مهول يعني، لو كان على يد سلسلة بكتيريا أخرى، موتاً مُحققاً. إلا أنّه من النادر أن يكون الجُذام قاتلاً، حيث يُدمّر الجسم بأساليب بطيئة ومُوهنة. يستخدم مرضاي أحياناً كلمة محلّية لوصف الجُذام وتعني حرفيّاً «الموت الزاحف».

تظهر القروح على الوجه واليدين والقدمين، وإذا لم تُعالج، فإنّها قد تعدي. تتقاصر أطوال أصابع اليدين والقدمين تقاصراً مُحيّراً. عادة ما تكون أيدي المتسولين الذين رأيتهم في شوارع الهند وأقدامهم مُشوّهة بقروحٍ نيئة ومتقيّحة. ونظراً لافتقادهم الشعور بالألم، بالكاد يعبأُ هؤلاء المتسولون بخطر العدوى بل إنّهم يستغلون إصاباتهم لصالحهم. لربما هدد المتسوّل الأكثر عدوانية بلمس المارّ إن لم يُعطِه الصّدقة.

العمى، الظاهرة الجليّة للمرض، تُصعّب حياة المُصاب بالجُذام: بفقدانه استشعار اللمس والألم، لن يستطيع استخدام أصابعه «لاستطلاع» العالم وتحسس الخطر.

بدراستي تاريخ الجُذام، صرت أُكن أعلى درجات الاحترام للقلة القليلة من القديسين الذين، بتصديهم للوصمة الاجتماعية، غضّوا الطرف عن الأعراض البشعة للجُذام وخدموا ضحاياه. لم يكن لدى هؤلاء النّاس، ولقرون، ما يقدمونه سوى المؤازرة الإنسانية. لما فتك المرض بأوروبا خلال العصور الوسطى، وجّهت الأوامر الدينية القديس لعازر (Lazarus)، القدّيس الراعي لمرض الجُذام، بتخصيص دورٍ للمرضى. لم يكن بيدِ أولئك النسوة الشجاعات أكثر من ربط الجروح وتغيير الضمادات، إلا أنّ الدور نفسها، التي كانت تُسمى لازاريتوس (lazarettos)[1] لربما أسهمت في كسر قبضة المرض على أوروبا، وذلك بعزل مرضى الجُذام وتحسين أحوالهم المعيشية. في القرنين التاسع عشر والعشرين، أقام عدد من التبشيريين المسيحيين ممن ذهبوا إلى أقطار

(١) محاجر صحيّة سُمّيت بلازاراتيوس نسبة إلى القديس لعازر الذي شيّدها. (المترجمة).

الأرض العديد من المستعمرات لمرضى الجُذام، مُشابهة للتي في تشينغلبُوت، ونتيجة لذلك فإن ما تم تحقيقه من الإنجازات العلمية المُهمة فيما يتعلق بفهم الجُذام ومعالجته يعود فضله للتبشيريين، وكان بوب كوتشرن آخر المُنضمين لقائمتهم الطويلة.

في تشينغلبُوت، كانت كل لحظة من استخدام عقاقير السُّلفون بوصفه تقدماً غير مسبوق مُثيرة إثارةَ البنسلين التي عشتها في كلية الطب. طريقة العلاج السابقة، [التي تمثّلت في] حقن الزيت المُقطّر من شجرة الشُلمُغرا (Chaulmoogra) مُباشرة في البقع على جلد المريض، ذات آثار جانبية سيئة سوءَ المرَض ذاته. يُفضل بعض الأطباء الحُقن القليلة الكمية المتكررة، لتصل إلى ٣٢٠ حُقنة في الأسبوع، مما يجعل الجلد كاللب وملتهباً. كان المرضى، قانطين، يسعون إلى مثل هذه المعالجة بغض النظر [عن أي شيء آخر]، وأخبر بعضهم عن تحسّن. عقار السولفون الجديد يتميّز بميزة كونه علاجاً فمويّاً. في الوقت الذي زُرت فيه تشينغلُبُوت، بعد خمسةِ أعوام من تجربة السُّلفون، أظهر المرضى نتائج سلبية للبكتيريا النشطة. اختفى الجُذام فعليّاً من أجسادهم.

كان العاملون القدامى في طب الجُذام مثل كوتشرن منتشين. لا مزيد من العدوى، مرضهم الآن غير نشط، ويمكن للمرضى نظريّاً الخروج والعودة إلى قراهم. إلا أنّ الآمال خابت إذ بدا واضحاً أن القرى ليس لديها اهتمام باستقبال أيٍّ ممن لديه تاريخ مع الجُذام. في كل حالة تقريباً، كان على المرضى البقاء في تشينغلبُوت حتى بعد تشافيهم.

لم أكن متأكداً من المساهمة التي يُمكنني تقديمها لمرضى الجُذام، إلا أنّه وكلما قضيتُ مزيداً من الوقت معهم، تأكدتُ أكثر من النداء [الداخلي المتعلق بمهمتي معهم]، كُنت وخلال إجراء اختبارات البحث أستمع إلى المئات من قصص الرفض والإقصاء. يعود المرضى لتشينغلبُوت بسبب نفيهم من المنزل والقرية إذ ليس لديهم فعليّاً أي مكان

آخر يلجؤون له. أصبحوا منبوذين اجتماعياً نظراً لسوء حظهم في حمل مرضٍ مَخوفٍ ومُساء فهمه. أدركت للمرة الأولى المأساة الإنسانية للجُذام. بتشجيعٍ من كوتشرن، تشبّثت ببصيص أمل أنّ التقدم [في طب الجذام] يُمكن أنّ يتحقق لقلب تلك المأساة.

التجلّي عند الفجر

بعد مسح تشينغلبُوت ومصحّات الجُذام الأخرى القريبة من فيلور، راجعت البيانات التي جمعتها من ألفي مريض. كل مجلّد حول يدٍ معطوبة يتضمن مخططات لانعدام الشعور ومدى الحركة، بالإضافة إلى صور العظام المتضررة والجلد. النمط الذي لاحظته من البداية في تشينغلبُوت، هو ما يُقاوم كل تسلسل مألوف للشلل، أثبت صحته: الشلل المُتكرر في المناطق التي يتحكم بها العصب الزندي، الشلل المتوسّط في العصب المتوسط، وشلل ضئيل للغاية في العصب الكُعبري. لم أجد أي سبب منطقي لتسبب العصب الزندي في الكوع في الشلل بينما العصب المتوسط، الذي يبعد عن سابقه إنشاً، يظل سليماً؛ أو سبب موت العصب المتوسط في الرسغ بينما لا يُشلّ أي من عضلات العصب الكُعبري.

ولإضافة المزيد من الغموض، أرسلت عينات من النسيج المأخوذ من الأصابع المبتورة إلى أستاذ علم الأمراض في فيلور، تيد غاولت (Ted Gault). سألته: «ما خطب هذه الأنسجة يا تيد؟» كان يقول لي المرة تلو المرة: «لا شيء يا بول. كل شيء طبيعي تماماً ما عدا فقدانها للنهايات العصبية».

طبيعي؟ أخذت بعض العينات من الأصابع التي قصر من طولها عدة إنشات، حيث لم يتبق إلا أعقابها. كيف يمكن أن يكون ذلك طبيعيّاً؟ يصعب عليّ تصديق التقارير حتى أخذني تيد للنظر عبر المجهر ورؤية ذلك بنفسي. أظهرت الأنسجة ندوباً من عدوى سابقة، طبعاً، لكن العظام،

والأوتار، والعضلات بدت جيدة، وكذلك الجلد والدهون. ما الذي يُلحق الضرر باليدين؟ لم نجد شيئاً في الحقائق [التي بين أيدينا].

تطلّعت إلى إجراء بعض العمليات التصحيحية على أيدي المرضى المُصابين بالشلل الحركي، لم يعانِ أكثرهم من الأضرار التي لحقت بأيديهم؛ ذلك أنها ضعيفة للغاية لتفعل ما يضرّها. كانت المجموعة المُختارة تمثل أملاً كبيراً في إعادة أي مُصاب بالجُذام إلى الحياة المُنتجة، إلا أنّي لم أجرؤ على خوض [هذه المغامرة] قبل معرفة سبب سلامة عضلات معيّنة وشلل الأخرى. احتجت إلى معرفة ما إذا كانت بعض العضلات ستظل «جيّدة» وغير متأثرة بالمرض ولتحقق ذلك سأحتاج إلى فحص طول الذراع الكامل حيث الأعصاب المتأثرة.

لن أستطيع طبعاً لأسباب أخلاقية العمل على مريضٍ حيّ ذلك أن الغاية الوحيدة هي استعادة [عمل] الأعصاب. لتصبح الجُثث هي الحل الوحيد.

ويا للحسرة! تُشكّل الجُثث في الهند مُعضلةً أكثر من كونها حلّاً. يُحرّم شيوخ المُسلمين التمثيل بالجسد بعد الموت، حتى وإن كان بغرض التبرع بالأعضاء لأغراضٍ علمية. العقيدة الهندوسية تفرض حرق الجسد كاملاً حتى يصبح رماداً في نارٍ تطهيرية، لذلك فإنّ الهندوس الملتزمين للغاية يُقاومون البتر أيّاً كان السبب، حتى ولو كانت غرغرينا تُودي بالمصاب إلى الموت: من الأفضل الموت الآن، بحسب منطقهم، على أن تفقد عضواً في جميع أطوار التجسيد في المستقبل. ولتغطية حاجته في زراعة الأعضاء والعمل المعملي، يبذل مستشفى فيلور وسعه لإقناع العائلات بأن تسمح بالتبرع بالجُثث. كما يستخدم [العاملون في المستشفى] أجساد السُّجناء الموتى والمشردين ممن لا عائلات لهم. (زوجتي، التي أعلنت عن حاجتها للعيون لاستخدامها في الترقيع القَرَنوي، تتذكر تماماً قرعاً على الباب في وقتٍ متأخرٍ من المساء. فتحت

الباب لتجد كائناً شبحيّاً متلفّعاً بالقماش. دسّ في يدها ملاحظة مكتوبة بخط اليد من القاضي المحلّي لتقرأها تحت ضوء فناره (hurricane lantern): «الإعدام شنقاً سيتم عند الفجر. كوني هناك لتُزيلي العينين»).

لأن الجُذام ليس مرضاً قاتلاً فوريّاً، يميل المصابون به إلى العيش طويلاً. وللحصول على جثتنا المنشودة، كان علينا انتظار الموت الطبيعي في المستشفى لمصاب بالجذام الورمي ممن ليس لأقاربه أي اعتراضات دينية. أرسلت برسالة عاجلة إلى كل عيادة للجُذام تُشد الرحال إليها ولو بعدت مئات الأميال، أطلب فيها إبلاغي فوراً إذا ما تحقق ما نترقّبه. قلتُ فيها: «اتصل بالهاتف أو أبرِق بالتيليغراف في أي وقت من الليل أو النهار». مُساعدتي البُرتغالية السيلانية، د. غوستا بولتغينس (Gusta Buultgens) أعدت صناديق أدوات الجراحة، وبرطمانات الفورمالين، وكل ما قد نحتاجه للجثة. ثم انتظرنا.

انتظرنا لأكثر من شهر حتى رنّ الهاتف مساءً نهاية يومٍ طويل من الجراحة. توفّي مريض في تشينغلبُوت، يبعد عنا خمسة وسبعين ميلاً بالضبط. لا يحتوي مستشفى تشينغلبُوت على ثلاجة، وقد تمت جدولة مراسم الدفن اليوم التالي، إلا أنهم منحونا الوصول إلى الجثة خلال الليل. ثلاثة منّا، د. بولتغينس، وتقني علم الأمراض هندي، وأنا، ابتلعنا العشاء، ثم حملنا صندوق المعدات إلى سيارة من نوع لاند روفر ثم قطعنا الطريق إلى المستشفى.

شعرت بتوتر وقلق من نوعٍ خاص خلال قطعنا الأرض الريفية شديدة السواد نحو تشينغلبُوت. لطالماً كانت القيادة نوعاً من المغامرة في الهند، حيث يجب أن تُشارك الشاحنات والسيارات الطريق الأسفلتي مع المُشاة، وعربات العجول، والدراجات، والبقر المرعوب (هناك ٢٠٠ مليون بقرة لديها حق الطريق المقدّس). يزيد الغسق من مستوى المغامرة حيث العديد من عربات العجول بلا إضاءة. وبالإضافة إلى ذلك، فإنّ بعض السائقين

الهنود يُظهرون دماثة غريبة إذا ما رأوا مركبةً قادمة: يُطفئون الأنوار الأمامية لفترة حتى لا تُعمي السائق الآخر، ثم يُشعلونها فجأة لأقصى حد ويجعلونها تومض بطريقة هوجاء [وسريعة] عدة مرات قبل إطفائها مرة أخرى. ترى ظلاماً مطبقاً، ثم ضوءاً أهوج قصيراً يجهر العين، ثم الظلام مرّة أخرى. بما أنّ السائقين يُعوضون غياب الأنوار بالاستخدام الحرّ للبوق، فإنّ الأصوات تُزبد وترعد في الظلام.

في منتصف الطريق إلى تشينغلبُوت، شعرت بالحرارة الشديدة. بالنظر إلى الأسفل، رأيت اللهب يتطاير من فتحات الدوّاسات ويُحيط بقدمي المحمية بالصندل! رفعت بسرعة قدميّ عن الأرضية وأبعدت السيارة عن الطريق إلى أرضٍ شجراء. ترجلنا جميعاً عن المركبة، وكدنا أن نقع في بئر مفتوحة. لم يُصب أحد، وحفنات من الرمل أطفأت النار فوراً. إلا أني لما رفعت غطاء المحرك، أظهر ضوء الكشاف شبكة ذائبة من الأسلاك ومعدناً مسوّداً. لا شكّ أن سارقاً أرخى برغي موصّلة بغرض تسريب الزيت خارج مسار الوقود؛ لتعمل الاهتزازات لاحقاً على إسقاط البرغي، دافعةً بمضخّة الوقود إلى رذّ الزيت على المحرّك الحار.

مشى ثلاثتنا على الطريق على ضوء القمر، حاملين صناديق التشريح على أكتافنا. تجاوز الوقت الآن منتصف الليل، ولم تصادفنا ولا مركبة ذات محرّك على طول ميلين. وصلنا أخيراً مدرسة تبشيرية، حيث استطعت إيقاظ مُعلم واستئجار سائق متبرّم لنقلنا عبر ما بقي من الطريق إلى تشينغلبُوت. وصلنا حوالي الساعة ٢,٣٠ في الصباح لنجد أنّ مهجع الجُذام مُظلم تماماً. مضى المزيد من الوقت في محاولتنا إقناع الحارس الليلي أن نبدأ مهمتنا المُريبة. بتوجّس منا قادنا عبر طريق ضيّق وصخري نحو سفوح التلال خلف المصحّة. وهناك، وبعد مشي طويل، وجدنا كوخاً مجصصاً، محلّ الموت. أعارنا الحارس فناره - إذ لا يوجد كهرباء في الكوخ - وتراجع بسرعة. كان الرجل الميّت مُمدداً أمامنا على منضدةٍ خشبية.

الجسد، الذي يعود لرجلٍ متقدّم في السن، أظهر تشوّها شديداً: اليدين المخلبيتين، أصابع اليدين والقدمين القصيرتين، والتشوّهات الوجهية. كان مثالاً تقليديّاً لحالة «الاحتراق التام»: العُصيّات الجُذامية دمرت كل ما بوسعها تدميره، ثم أماتته. كان جسده مثاليّاً لأغراضنا [التشريحية].

نعلم أنه كان علينا الاستعجال. وعدنا قيّم المستشفى أننا سنُكمل مهمتنا بحلول الفجر، ويفصلنا عنه الآن أربع ساعات، بحيث يمكن إقامة الطقوس الدينية الاعتيادية. علقنا الفنار على عارضة السقف، وأشعلنا كشاف متنقل للعمل عن قرب، وارتدينا المآزر والقفازات المطاطية. غطّانا العرق خلال لحظات. تُرِكَ الجسد في هذا الكوخ بلا تهوية طوال النهار تحت الشمس القائظة، وليصعب الأمر، كان الجسد في تحوّل سريع إلى حالة التعفّن الشديد. هذا المشهد - الليلة المُقمرة الهادئة، الحرارة، العُزلة، الجثة المليئة بالجراثيم - يستحق أن يكون [قصةً] لفيلم رُعب.

تقاسمنا المهام. د. بولتغينس عملت على جانب واحد، حيث تأخذ عينات من الأعصاب من كل إنشين تقريباً لتتم دراستها تحت المجهر لاحقاً. التقني كان يكتب التصنيفات التفصيلية ويضع كل قطعة من الأعصاب في علبتها الخاصة المعبّأة بالفلورمالين. عملتُ على الجانب المُقابل ولم آخذ أي عينات. أردتُ رؤية الأعصاب مجتمعةً ومتفرقةً وعلاقتها بالعظام والعضلات. جرت كل إجراءات التشريح سريعة وفجّة على عكس غرائزي الجراحية، إلا أنّي أعرف أن هذا الجسد يحمل لنا قيمة واحدة فقط: الأعصاب. بعد إحداث قطوع طرفية طويلة على طول الذراع والساق، نزعت الجلد، والخلايا الدهنية، والعضلات، وثبت النسيج جانباً خلال عملي.

شرحنا لثلاث ساعاتٍ على الأقل وبرتم سريع، شرّحنا عميقاً للوصول إلى الأعصاب، التقطنا العيّنات، ثم أعدنا تثبيت النسيج. أملنا

أن نكشف كل عصب طرفي من اليدين إلى القدمين، على طول المسافة من الكوع إلى الكتف، والفخذ والورك، وإلى داخل جذور الأعصاب التي خرجت من العمود الشوكي. لم نرتح حتى استطعنا جمع بعض العيّنات من جميع الأعصاب التي تأثّرت بالجُذام.

بالكاد تحدث ثلاثتنا. الأصوات الوحيدة التي صدرت كانت طرقات الأدوات والأزيز العالي لحشرة الزيز في الخارج. بعد الانتهاء من ذراعي الرجل، انتقلنا إلى الساقين، وأخيراً الوجه. استعادت ذاكرتي مشروعي في كارديف، في ويلز. إلا أنّي هذه المرة كشفت عن العصبين الوجهيين الخامس والسابع، باحثاً عن أي دليل لسبب معاناة الجفنين من الشلل المُبكّر.

حققنا أخيراً هدفنا. وقفت منتصباً، وشعرت كما لو أني طُعنت لتوّي. توتر الرحلة، بالإضافة إلى وضعية الانحناء التي اتخذتها للعمل على الجثة، عملت عملها على ظهري. لم أنم لأربعٍ وعشرين ساعة، وانتفخت عيني بفعل قطرات العرق المتواصلة. أخذتُ نفساً عميقاً عدة مرّات، اعتاد أنفي الآن على الشذا النتن لهذه الغرفة الصغيرة.

ضوء قاموس الكيروسين أضاء الجسد، وأشرقت الأعصاب الرطبة ببياضها مقارنةً بسواد نسيج الجسم. زحفت أوائل خيوط الضوء الرمادي للفجر فوق التلال، وتسللت عبر المدخل المفتوح. مسحت ذراعي بمحرمة، ومددت العضلات المُتشنجة في ظهري وأصابعي. تسلّقت الشمس المُشرقة فجأة التلال ونفذت عبر الباب، مُضيئةً مشهداً واسعاً لكل ما كُنا نراه حتى الآن عبر دوائر ضوء الكشّاف الضعيفة. نقّلت عينيّ عبر كل ذراعٍ وساق من أعلاها إلى أسفلها، مُراجعاً عملنا اليدوي. لم أكن أنظر إلى شيء ما بحد ذاته، كُنت فقط آخذ استراحة لاستجماع قوّتي أمام المرحلة الأخيرة للجُذام.

ورأيتها. قُلت للدكتورة بولتغينس: «انظري إلى تورّمات الأعصاب. هل ترين النمط؟» كان من السهولة بمكان رؤية شذوذٍ مُذهل [في الأعصاب]. انحنت على الجانب الذي كنتُ أعمل عليه، تتبع ببصرها الطّول البرّاق للأعصاب، ثم هزّت رأسها بحماس. في بعض الأماكن ـ خلف الكاحل، وفوق الركبة مباشرة، وفي الرسغ أيضاً ـ كانت الأعصاب قد تورّمت أضعاف الحجم الطبيعي. تسببت التورّمات أيضاً بنتوء في فروع العصب الوجهي في الذقن وعظمة الخد، ولوحظت أكثر ما لُوحظت فوق الكوع على العصب الزندي.

يعرف كلانا أنّ الأعصاب تورّمت كرد فعل لعدوى طُفيلية سببتها جراثيم الجُذام، إلا أنّنا رأينا الآن وبوضوح أنّ تورّمات الأعصاب تميل لتحدث في مواقع قليلة. ومن العجيب أنّ التورّمات تظهر فقط حيث يكون العصب قريباً من سطح الجلد، وليس عميقاً في النسيج. العصب الزندي، الذي يعاني من الشلل، تورّم تورماً ضخماً في الكوع، بينما العصب المتوسط، الذي يبعد إنشاً واحداً فقط، بدا سليماً؛ لأن موقعه على الأغلب أعمق بإنش، بين النسيج العضلي.

أدركت للمرة الأولى منطق لُغز الشلل الذي يُسببه الجُذام. بعد كل ما حصل، [وجدنا] أن هناك نمطاً معيّناً، هو: عصب دقيق وأبيض يتضخّم تدريجيّاً كلما كان قريباً من الكوع، ثم يتقلّص إلى حجمه الطبيعي كلما غاص في عضلات السّاعد، ثم يتضخّم مرة أخرى إذا مر حول الرسغ، ثم يستدق شيئاً قليلاً في النفق الرسغي وصولاً إلى الكف. ينطبق النمط ذاته على الساق: كلما اقترب العصب من السطح تورّم، وكلما نفذ تحت الألياف العضلية يعود إلى طبيعته. كنتُ ود. بولتغينس نُنظّر للأمر بصوت عالٍ لنبحث ما قد يُسبب التورّم. اقترحت أنّه: «هل يمكن أنّه كلما اقتربت الأعصاب من السطح كانت عُرضة لإحداث الضرر؟».

على أية حال، تلك اللمحة من النمط العام أزالت الغشاوة عن اللغز

الأزلي: لا يبدو أن العضلات التي تتحكّم بها الأعصاب التي محلّها عميق في نسيج الجسم في خطر. حتى الطاعن في السّن الذي خرمه الجُزام حتى عمي، ظلّت عضلاته صحيحة وحمراء سليمة. وعلى العكس من ذلك، العضلات التي تتحكم بها الشُّعيرات العصبية التي تمرّ قريباً من سطح البشرة كانت زهرية ومنقبضة بسبب ضعفها. إن وجود عضلاتٍ سليمة في رجلٍ وصل لهذه الحالة المتقدمة من العدوى أكّدت حدسي بأن المرض دائماً ما يتحاشى التأثير على عضلاتٍ معيّنة. أستطيع الآن تحديد عضلات الساعد لإجراء الجراحة الرأبية (reconstructive surgery) - ومن المحتمل أن [أختار] نقل العضلات المشلولة على تبديلها - دون خشية أنّها قد تُشل لاحقاً. كان لدينا دليل إرشادي بسيط لاستخدامه في اختيار العضلات «السليمة»: اختر العضلات التي لم يسبق لأعصابها الحركية أن اقتربت من سطح أي عضو.

شعرت بنسيم مُنعش من الطاقة والحماس. التقطت صوراً للأعصاب الطويلة المكشوفةً وعزلنا المزيد من القطع لدراستها لاحقاً. تحوي هذه العينات أفضل مفاتيحنا لندلف إلى كيفية تدمير هذا المرض للأعصاب. كان لديّ شعورٌ غريبٌ بأننا تعثّرنا بأحد الأسرار الطبيّة عظيمة الأهمية، لكن ما هو؟

بعد تشريح الجثة، تولى اختصاصيو علم الأمراض في فيلور المُهمة المُضنية في فحص المقاطع العرضية لنماذجنا، متسمرين فيما سمّاه هانسِن كُتل «بيوض الضفادع» يقصد بها عُقيدات الجُذام، باحثين عن العُصيّات الدقيقة التي تشبه الأعواد المُبقعة باللون الأحمر بفعل موادنا الكيميائية. ستمر أعوام قبل أن نكشف الغطاء عن اللُّغز كاملاً، إلا أننا سنتعلّم أنّ نزعة الجُذام إلى الرُّكب، والأرسغ وعظام الخد، والأذقان لا علاقة لها بإحداث الضرر ولا أي ظنّ خطر لنا تلك الليلة في كوخ الموت. إن الحل، إذا ما تعلق به، حلٌّ بسيط: عُصيّات الجُذام تُفضل، للتكاثر، درجات الحرارة الأبرد التي يغلب أن تكون قريبة من السطح، (هذا ما

يُفسر أيضاً لِم تلجأ إلى الخصيتين وشحمتي الأذن، والعينين، والمسارات الأنفيّة).

في حين أنّ عُصيّات الجُذام تنتقل إلى الأعصاب في المناطق الأبرد، كالمحيطة بالمفاصل، فإنّ النظام المناعي في الجسم يُرسل كتيبة من البلاعم (Macrophages) واللمفاويات (lymphocytes) التي تحتشد في ذلك المكان، فتتضخم داخل الغشاء العازل للعصب قاطعة الطريق على التغذية الضرورية. التورّمات العصبية التي كُنّا نحدّق فيها تحت الضوء المرتعش كانت في واقع الأمر دليلاً على استجابة الجسم الدفاعية ضد غزوه.

لم نُعطِ ما اكتشفنا في غرفة التشريح الخانقة في تشينغلبُوت حقّه من التقدير. إذا ما فعلنا ذلك، لربما احتفلنا ببعض الحركات الدرامية (لمّا أثبت فيثاغورس (Pythagoras) إحدى النظريات، ضحّى بمئة ثورٍ للآلهة التي أرسلت إليه الفكرة!). عوضاً عن ذلك، قطبنا الجُثة، ثم اتّجهنا مُتثاقلين إلى منزل بوب كوتشرن لطعام لإفطار، ثم استعرنا سيارة لتأخذنا إلى فيلور، مارّين بالبقايا المتفحّمة لمركبة لاند روفر.

٨

إرخاء المخالب

«اليد هي الجزء المرئي من الدّماغ»

إيمانويل كانت (Immanuel Kant)

بعد تشريح جثّة تيشنغلبُوت، بالكاد استطعت انتظار محاولة إجراء جراحة رأبية على أيدٍ مخلبية. كان هناك فرصة، مجرّد فرصة، تتمثل في أنّه بنقل قوّة العضلات «السليمة» التي لم يقترب منها الجُذام، سنتمكّن من تحرير الأصابع المُطبقة واستعادة حركة الأيدي المتضررة.

لمّا سعيت في طلب إذن مستشفى فيلور لإجراء مثل هذه العملية، تتالت العقبات. حتى الطاقم الذي كان داعماً لجهودنا تساءل عن جدوى استقبال مرضى الجُذام. قال أحد الإداريين: «لدينا نقص في الأسرة أصلاً يا بول، وتعرف جيّداً أنّ مرضى الجُذام لا يُمكنهم دفع قيمة الخدمات». (هذا صحيح بمفهوم «كاتش ـ ٢٢»[١]، لا يستطيعون الدفع؛ لأنه يستحيل

---

(١) مفهوم كاتش ـ ٢٢ (Catch -22): مصطلح سبكه الروائي جوزيف هيلير (Joseph Heller) عام ١٩٦١م عبر روايته التي تحمل المصطلح ذاته، ويعني: الوضع المُشكل إذا كان حلّه لا يُمكن تنفيذه بسبب ظروف الوضع الذي تمنع هذا الحل. وأكثر ما يكثر في الأنظمة الحكومية؛ أي: «داؤك منك ودواؤك فيك». (المترجمة).

على الأيدي المشلولة أن تتيح لهم كسب دخلٍ متواضع، وهو الوضع الذي أريد معالجته) يحتفظ المُستشفى ببعض الأسرة المجانية للحالات الخيرية لكن، وكما ذكّرني الإداري، فإن هذه الأسرّة مُخصصة للحالات العاجلة التي يُرجى بُرؤها. مرضى الجُذام ممن تضررت عظامهم غير مؤهلين لذلك.

مُخاطباً عاطفتهم، رويت لطاقم المستشفى الآخر عن بعض مرضى الجذام الذين قابلتهم. في أمةٍ لديها تقاليد طبقيّة عمرها خمسة آلاف عام، يحتل ضحايا الجُذام أدنى عتبة في السُّلّم الاجتماعي. عادة ما تتخلى عنهم عائلاتهم، بنيّة طيّبة: إذا لم يفعلوا ذلك، فإنّ القرية كلّها ستلقي بالعائلة خارج البلدة. فحصت صبيّاً بعُقيدات غطّت كامل جسده وكان قد حُبس في غرفة عُلوية لسبعة أعوام، ومراهقاً آخر، قبل وصوله لمصحّة تشينغلبُوت، كان يُبقي يده اليُسرى في جيبه ليُخفي رُقعة الجلد التي تشي بمرضه: تحت خط التشميس كانت يده ناعمة وشاحبة كيد الطفل، وضعيفة للغاية لدرجة أنها مهجورة. يُصيب الجُذام ضعفي عدد الرجال بالمقارنة مع المصابات به من النساء ـ ولا أحد يعرف لماذا ـ إلا أنّه في الهند سمعت أكثر القصص المؤثرة من الفتيات الصغيرات اللاتي يحملن المرض. لعدم قدرتهن على إيجاد أزواجٍ أو أعمال، ينتهي المطاف بالعديد منهن إلى التسوّل في الشوارع، يحدد لها زعيم عصابةٍ ما مساحة من الرصيف ليستولي على مدخولها. يعمل بعضهن في بيوت الدعارة حتى يُصبح المرض ملحوظاً للعملاء.

أجابني مُمارس مُحترم ضمن طاقم المستشفى بقوله: «بول، تُحرك هذه القصص المشاعر، إلا أننا لا نستطيع مساعدتهم طبيّاً. لديهم أجساد تالفة. هذه طبيعة المرض، فحتى الجروح العرضية لن تُشفى. إذا ما مضيت قُدماً في خطتك المتعلقة بإجراء جراحةٍ على جسدٍ مجذوم، فإنّ الجروح الجراحية لن تُشفى كما ينبغي أبداً. إذا ما وجدت عضلة سليمة

وأصلحتها اليوم، فإنه يُرجّح أنها ستُشل العام القادم. كل ما سيحصل للمرض أنه سيتطوّر. لا تُهدر وقتك».

أحد اعتراضات قبول مرضى الجُذام يقوم في أصله على مقاومة الطاقم على الأرجح. قال لي أحد الإداريين بصراحة: «إذا ما انتشر خبرٌ أننا نُعالج المجذومين هنا، فسيهرب المرضى الآخرون من المستشفى خائفين. لا نستطيع المغامرة بذلك. لِم لا تذهب وتعالج الجُذام في مراكزه حيث ينتمي؟».

ومع ذلك، فإنّه وبعد كثير من الضغط منحنا المُستشفى الإذن بافتتاح «وحدة أبحاث الأيدي» ـ لم نجرؤ على استخدام كلمة الجُذام ـ في غرفةِ تخزين مبنيةٍ من الطين مُلحقة بالسور الخارجي لمُجمّع المستشفى. توافد مرضى الجُذام على عيادتنا فوراً، وبدا أنهم ممتنون لأدنى مساعدة. أذهلني أنهم لم يُظهروا أيّ غضبٍ أو استياءٍ من محنتهم. سواء أكان مُسلماً أم هندوسياً، كان يتقبل وضعه بروحٍ مؤمنة بهذا القدر المشؤوم. لا يحملون أي تطلّعات ـ ولا آمال ـ لحياةٍ أفضل. أتساءل هل، بعد معاملتهم وكأنهم ليسوا بشراً لفترة طويلة، ما زالوا يرون أنفسهم بتلك النظرة.

حاجز الخوف

لما بدأت بمعالجة مرضى الجُذام، واجهت خوفي وكبريائي القابعين داخلي. يظهر على المرضى أشدّ التقرّحات قبحاً وشناعةً لمعالجته، وغالباً ما تملأ الرائحة النفّاذة للقيح والغرغرينا الغُرفة. بالرغم من أني سمعت تطمينات بوب كوتشرن حول المعدل المنخفض للعدوى، كُنت كأكثر العاملين مع الجُذام تلك الفترة، قلقاً دائماً منها. احتفظت لنفسي بمخطط ليدي. كلما وخزت نفسي عَرَضياً خلال العملية الجراحية بالإبرة أو بالطرف الحاد لعظمة، كُنت أضع نقطة على المُخطط، مع توثيق الوقت واسم المريض الذي كُنت أعالجه حتى إذا ما أُصبت بالجُذام أستطيع تتبع

مصدر [العدوى]. تخليت عن تلك السياسة لما وصل مجموع الوخزات والقطوع والخدوش الثلاثين.

زوجتي، مارغريت، تولّت زمام مساعدتي في تجاوز مخاوفي من الاتصال القريب [بمرضى الجُذام]. في أحد نهايات الأسبوع، لما كُنت خارج المنزل، وقفت عربة أمام منزلنا في مجمّع كلية الطب. ترجل منها رجلٌ نحيل في بداية عشرينياته، وخرجت مارغريت للقائه. لاحظتْ أنّ حذاءه مفتوح من الأمام، وأنّ قدميه مُضمّدتان بضماداتٍ كثيفة. بُقع بيضاء تغطي معظم سطح إحدى العينين، وظل ينظر للأسفل لتحاشي ضوء الشمس. قال لها بطريقة محترمة للغاية: «عذراً، أيتها السيّدة. هل يُمكن أن تُخبريني أين أجد د. بول براند؟» ردت عليه مارغريت أنّ د. براند، زوجها، لن يعود قبل يوم الثلاثاء؛ أي: بعد ثلاثة أيام. لا ريب أنّه اغتم لذلك، شكرها الرجل ثم قفل عائداً. عادت العربة التي أقلّته، فبدأ المشي عائداً إلى المدينة بمِشيَةٍ عرجاء خرقاء.

زوجتي، ذات القلب الذهبي، لم تستطع تحمّل التخلي عمن يحتاج المساعدة. نادته ليعود ثم سألته: «لديك مكان لتذهب إليه، أليس كذلك؟» استغرق إقناعه وقتاً إلا أنّ مارغريت استطاعت انتزاع قصّة سادان (Sadan)، حيث كانت القصة المعتادة للرفض والإساءة. لاحظ أوّل ما لاحظ بُقعاً على الجلد في سن الثامنة. وبطرده من المدرسة، صار منبوذاً اجتماعياً. يقطع أصدقاؤه القُدامى الشارع لتحاشيه. رفضت المطاعم والمحلات خدمته. بعد ستة أعوامٍ ضاعت هباءً منثوراً، وجد أخيراً مدرسة تبشيرية تقبل به، لكن حتى مع حمله شهادة الدبلوم لم يُوظّفه أحد. بالكاد جمع أجرة رحلة القطار المُتّجه إلى فيلور. إلا أنّه، ما إن وصل هناك، رفض سائق الحافلة العمومية صعوده إلى الحافلة. فما كان من سادان إلا دفع كل ما بقي معه لاستئجار العربة التي أقلّته لأربعة أميال حتى يصل كلية الطب. ولا، ليس لديه أي مكان ليلجأ إليه. حتى الفندق لن يسمح له بالدخول، لن يستطيع دفع أجرة الغرفة.

وفي لمح البصر دعته مارغريت للنوم في شُرفتنا. أعدّت له سريراً
ريحاً وقضى الليالي الثلاث حتى عودتي. أعترف بشيء من الخجل أنّي
م أبدِ ردّ فعلٍ مناسب لما سارع الأطفال إليّ لإخباري عن ضيفنا
جديد، رجل لطيف مُصاب بالجُذام. هل تعرّض أطفالنا الآن للمرض؟
كتفت مارغريت بسطر تفسيري واحد: «لكن، بول، لم يكن لديه أي
كان ليلجأ إليه». أخبرتني بعد فترة قصيرة أنّها قرأت ذلك الصباح متن
عهد الجديد (The New Testament) حيث قال اليسوع: «كُنتُ جائعاً
أطعمتني، وكنتُ عطشانَ فأسقيتني، كُنتُ غريباً فاستضفتني، كنتُ عارياً
كسوتني، كُنتُ مريضاً فشفيتني»، بتلك المعنويات دَعَت سادان إلى
منزلنا، القرار الذي أمتنّ له امتناناً أبديّاً. بالإضافة إلى ما علّمنا إياه حول
مخاوفنا المُبالغ بها، صار سادان أحد أقرب أصدقائنا.

ساعدتنا اختصاصية علاج طبيعي تبشيرية تُدعى روث توماس (Ruth Thomas) جميعنا في تجاوز حاجز الخوف. غادرت مؤخراً الصين بسبب اندلاع الثورة الماوية (Maoist Revolution) حيث حجزت رحلة مُباشرة من هونغ كونغ عائدةً إلى موطنها في إنجلترا. قُبيل رحيلها، سمعت عن اختصاصي عظام في الهند يُجري تجارب على مرضى الجُذام. وفي لحظة غيّرت خططها واتّجهت إلى فيلور. أسست روث مقرّاً للعلاج الطبيعي في عيادتنا، وجهزتها بمرافق للمعالجة بشمع البَرافين (paraffin) والتحفيز الكهربائي للعضلات. كانت رائدة، حيث كانت من أوائل الاختصاصيين في العلاج الطبيعي حول العالم ممن يُعالج مرضى الجُذام.

تعتقد روث أنّ التدليك المُباشر (hand -to -hand massage) الشديد لليد يساعد في منعها من التيبّس. كانت تجلس يوميّاً في الزاوية ممسدةً، ثم ممسدةً، فمُمسدةً لمرضى الجُذام. كُنت أحذّرها قائلاً: «روث، إن هذا تقارب جلدي شديد (intimate skin -to -skin contact)! عليكِ فعلاً ارتداء القفّازات»، كانت تبتسم، وتهزّ رأسها، وتمضي في التمسيد. حققت روث توماس نجاحاً مُبهراً بمعالجتها البسيطة، النجاح

الذي أُحيله إلى اللمسة الإنسانية التي وُهبَتْها أكثر من أي أساليب تدليك أخرى.

بعد أشهر من افتتاحنا الوحدة، كُنت أفحص يدي شابٍّ نبيه، مُحاولاً أن أشرح له بلغتي التاميلية الركيكة أنه بإمكاننا إيقاف تقدم المرض، وسنستعيد حركة يده على الأرجح، إلا أننا بالكاد سنفعل شيئاً فيما يتعلّق بتشوّهات وجهه. مزحت مزحة خفيفة، حيث وضعت يدي على كتفه. وقلتُ غامزاً له: «وجهكَ ليس سيئاً، ولن يزداد سوءاً إذا ما بدأت العلاج. ففي نهاية المطاف، ليس علينا نحن الرجال القلق حيال الوجوه. النساء هن من يضطربن لكل تورّم وكل تجعيدة»، توقعت أن يبتسم، إلا أنّه بدأ ينتفض بنشيجٍ مكتوم.

سألت مساعدتي بالإنجليزية: «هل قلت شيئاً خاطئاً؟ هل أساء فهمي؟» سألته بالتاميلية بسرعة وترجمت: «لا يا دكتور.. يقول: إنه يبكي لأنّك وضعت يدك حول كتفه. لم يحصل أن لمسه أحد منذ سنوات قبل مجيئه هنا».

القطع الأول

انطلقنا [في خطة العمل] من الأولاد المراهقين بوصفهم الفئة المستهدفة بجراحة الأيدي. بدا أنّ المراهقين أكثر من سينتفع من عملياتنا الجراحية، ولدينا كثير من المرضى الذكور للاختيار منهم. لم يكن لديّ أيّ أدلّة معينة أو دراسات حالة لأتبعها؛ ذلك أنّه لم يسبق لأي اختصاصي عظام أن عمل في طب الجُذام. شعرت أني وحيدٌ تماماً، كما لو كنت قد دخلت بلداً أجنبيّاً دون مُرشد.

التهمت بدايةً كتاب ستيرلِنغ بونيل (Sterling Bunnell)[1] المدرسي

---

(١) ستيرلِنغ بونيل (Sterling Bunnell) (١٨٨٢ ـ ١٩٥٧م): جرّاح أمريكي يُعد مؤسساً لجراحة اليد وأهم روّادها. (المترجمة).

الذي صدر حديثاً في جراحة اليد، الكتاب الذي قُدّر له أن يكون من الأعمدة [في هذا المجال]. طمأنني أن بونيل بدأ أيضاً عمله في هذا الحقل دون تدريب خاص. تخصص في طب النساء (gynecology) قبل الحرب العالمية الثانية، لمّا تمّ تعيينه في سلاح الخدمات الطبية (Medical Corps). ظل يواجه في أرض المعركة شلل الأيدي الذي تُسببه جروح الرصاصات. لم يكن لدى بونيل أدنى فكرة عن العمليات المُناسبة، لذا ابتكر أساليبه الخاصة، التي صيّرته صيّتاً بكونه «والد جراحة اليد». على سبيل المثال، ولمعالجة الشلل الناتج عن تضرر العصب الزندي، استخدم بونيل العضلات والأوتار التي يدعمها العصب المتوسط، قاصّاً إياها ومحرّكها إلى أماكنها الجديدة كبدائل للعضلات المشلولة. عُرفت العملية باسم «عملية بونيل لنقل الأوتار»، الرسمة الملونة لتلك الطريقة كانت غلاف كتابه الأول في جراحة اليد.

على الرغم من أن تدريبي كجرّاح عام أمدّني بمعرفة حقيقية لآلية عمل اليد، فإنّه وعلى الأقل خلفيتي في مهنة البناء قدّمت لي أرضية معرفية صلبة في الهندسة. استمعت خلال دراستي في كلية الطبّ بدهشة إلى إلينغورث لاو، الخبير في علم السوائل المتحرّكة، مُفسّراً هندسة حركات اليد. الآن، ساعياً إلى إيجاد الطرق التي تُصلح الأيدي المتضررة، درست هذه العمليات بشعورٍ عالٍ من المهابة. يقول إسحاق نيوتن (Isaac Newton)[1]: «إذا ما غاب أي دليل آخر، فإنّ الإبهام وحده يُقنعني بوجود الإله». حركة اليد الواحدة تتضمن تحرّك خمسين عضلة تعمل معاً بانسجام. ولمزيد من الدهشة، فإنّ الحركات القوية والرشيقة للأصابع ما

---

(١) سير إسحاق نيوتن (Sir Isaac Newton) (١٦٤٢ ـ ١٧٢٧م): عالم إنجليزي، من مؤسسي علم الفيزياء وعلم الميكانيكا وعلم الرياضيات خلال الثورة العلمية في أوروبّا.

تعليق: أورد المؤلف هذه المقولة عن إسحاق لأنّه ـ بظني ـ من فترة تصادم الدين في أوروبا المسيحية مع العلم، ليُصنّف الناس بين متدين جاهل وعالم مُلحد. فيثبُت لنيوتن العالِم أنّ الرب موجود من حركة الإبهام ووظيفته. (المترجمة).

هي إلا نتيجة قوّة جديدة. لا يوجد عضلات في الأصابع (وإلا لتضخّمت لتصل حجماً كبيراً وغير عملي)؛ تنقل الأوتار القوة من العضلات التي في الساعد.

لهذه الآلية الباهرة في اليد البشرية، كانت أدلّة الجراحة غامضة بشكل مرعب. كان يُقال: «ثبّت الوتر بحيث يُؤدي قوةً متوسّطة». قوّة متوسّطة!

لا أستطيع تخيّل هذا الإيهام في قائمة التعليمات المخصصة لبناء جسرٍ ولا حتى مرآب. الفرق في بضعة غرامات من الضغط وعدد من مليمترات الرفع يُقرر ما إذا تحرّكت الإصبع أو لا.

لاكتساب التجربة الجراحية، كُنت أمارس الجِراحة في غرفة الجُثث على مرضى المُستشفى الموتى. كان أمامي بضع ساعات داخلها، أفتح اليد، أختبر بعض حركات الأوتار، ثم أخيطها قبل تحضير الجسد لمراسم الدفن. لحسن الحظ أنّي تمكّنت من الحصول على يد جُثة للتدرب عليها بأناة. بعد التفاوض مع زوجتي عن مكانٍ مَصون [لهذه اليدّ]، خزّنتها في دولاب مُجمّدنا الصغير للغاية، ملفوفة بالقصدير. (أعطيت الطبّاخ تعليمات صارمة كيلا يقترب منها، إلا أنّه سحبها مرّتين سائلاً مارغريت: «سيّدتي، هل هذا لحم خنزير؟») جرّبت أساليب متنوعة على يد الجثة، مثل استزراع الأوتار في مواقع جديدة وتثبيتها إلى عظام مختلفة. أمدّني التشريح بتجربة قيّمة، لكن أثبتت يد الجثّة محدودية استخدامها؛ لأنها تفتقر إلى القوى الموازنة لليد الحيّة. استطعت اختبار وترٍ واحد أو عضلة واحدة في كل مرة، لكن لم أستطع اختبار التفاعل التزامني للعضلات مجتمعة. صار واضحاً أن الجراحة الفعلية على مريضٍ حيّ هي وحدها التي ستخبرني ما أحتاج إلى معرفته.

في رحلتي التالية إلى تشينغلبُوت، اجتمعت بمجموعة من مرضى الجُذام، اخترتهم نظراً لحالتهم المتقدمة من الشلل. أردت متطوّعين ممن

لن أزيد أيديهم سوءاً إذا ما عملت عليها. قلت لهم: «في مستشفى فيلور، نُخطط لإجراء بعض التجارب التي **قد تُسهم** في مساعدة اليد المشلولة. نريد القليل من المتطوعين. لم يسبق أن تمّت تجربة مثل هذه العملية، وليس هناك أي ضمانات أنّها [أي: اليد] ستعمل مهما حصل. ينبغي أن تأتي إلى المستشفى وترقد فيه لفترة طويلة، وستخضع للعديد من العمليات، وعملية إعادة التأهيل ستكون مُضنية. أقول مرة أخرى، لربما ما وصلنا لأي تطوّر». كُنت أتحدّث بصوت لا يبدو عليه [أني أُزيّن لهم الأمر وأمنحهم أملاً] ما أمكن لأخمد أي توقّعات. لمّا طلبتُ متطوّعي، ذُهلت من أنّ الجميع وقف. استطعت حينها التخيّر بينهم.

بعد استشارة بوب كوتشرن، قابلت مراهقاً هندوسيّاً اسمه كريشنامورثي (Krishnmaurthy) وفحصته. بدا أن صحته العامة جيّدة، إلا أنّ الجُذام فتك بيديه وقدميه. كان لديه قرح في أخامص القدمين، كاشفة عن العظم تحتها. ظننتُ أنّ رقوده في المستشفى، ولا شيء غير ذلك، سيُحسّن من حالته ولا بُد. أصابعه، في طولها الأصلي تقريباً، التوَت لتشكّل مخالب متيبّسة. كانت لديه قبضة قويّة، إلا أنه لا يستطيع فرد أصابعه كفاية ليستطيع القبض على ما يريده.

قال لي كوتشرن: إن كريشنامورثي يستطيع القراءة بست لغات، وأنّه أحد ألمع المرضى. لم يخطر لي ذلك أبداً. كانت ملابسه رثّة، ورأسه متدلّياً، وعيناه خاويتين بلا نور. يتحدث كريشنامورثي بتأوّه المتسوّل المُتمرّس ويجيب عن معظم أسئلتي بمقاطع أحادية (monosyllables)[1]. بدا، أساساً، أنه مهتم برحلة مجانية بعيداً عن المصحّة. كررتُ عليه أنّ يده ستحتاج على الأرجح إلى عدة عمليات مختلفة ولا نستطيع منح أي ضمانات. استهجن ذلك وقام بحركة مفاجئة، حيث وضع طرف إحدى

---

(١) أي: يُجيب بإجابات مقتضبة تتكوّن، في الإنجليزية، من صوت علة واحد، مثل: Yes, no, why، إلى آخره. (المترجمة).

اليدين على رسغ الأخرى كما لو كان يقول: «اقطعها إذا أردت. إنها لا تنفعني»، أعدنا كريشنامورثي معنا إلى فيلور، وهرّبناه إلى غرفة خاصة بعيداً عن بقية المرضى.

كُل عضلة في يد كريشنامورثي كانت مشلولة، بالإضافة إلى بعض العضلات في الساعد. كان إبهامه ينثني انثناءً قوياً، ذلك أنّ تلك العضلة كان يدعمها العصب المتوسط في الساعد. إلا أنّ الحركة المعاكسة كان يتحكّم بها طول العصب المتوسط الميّت تحت الرسغ، ولم يستطع أن يجعل إبهامه منتصباً ومواجهاً للأصابع الأخرى، الجزء الأساسي للقبضة.

قررنا استعارة عضلة من الساعد ستساعدنا مساعدة طبيعية في ثني الإصبع البنصر. يسير وتر طويل من العضلة نازلاً إلى الأسفل عبر راحة الكفّ حتى يصل البنصر. أحدثت قطعاً في جذر إصبع الخنصر، مُحرراً الوتر. ثم أحدثت قطعاً آخر في الرسغ، وسحبت الوتر بطوله إلى الخارج، ثم وضعته على المنضدة فبدا كوترٍ طويل من سلسلة أوتار [في آلة موسيقية]. ثم وضعت قناةً لهذا الوتر في كعب راحة اليد، كيّفت طوله، ثم ثبته إلى موقعه الجديد خلف الإبهام.

استمرّت العملية حوالي ثلاث ساعات، قضيت أغلبها في محاولاتي في معايرة الشدّ المطلوب بذله على الوتر. استخدمت أرجح الظن بناءً على ما تعلّمته من يد الجثة، أغلقت القطوع، ثم لففت اليد بجبيرة لاصقة.

انتظرنا ثلاثة أسابيع. تكيّف كريشنامورثي جيّداً مع بيئته الجديدة. أحب الطعام المُعد في مطبخ المستشفى، والمسحة السريّة في الردهة لسرير الجُذام المتكتّم عليه. هذا الاهتمام أشعره بالأهمية. وفي هذه الأثناء، الاسترخاء على السرير والمعالجة المنتظمة فعلا العجائب لقُرح قدمه. كُنت أفحصه يومياً ووجدت أنّ كوتشرن كان مُحقاً في إمكانياته. هذا «المتسوّل» من تشينغلبُوت عاد إلى الحياة.

كنتُ بلا شك أشد توتراً من كريشنامورثي نفسه في اليوم التي أُزيلت فيه الضمادات. كان أول مُصاب بالجُذام يُجري مثل هذه العملية. شكا الممارسون الآخرون من أني أُهدر وقتي محاولاً مُعاكسة تقدّم الشلل، وأردتُ إثبات خطأ [تصوراتهم]. شققت الجبيرة، وفضضت الشاش، وفحصت الخيوط. التأمت القطوع بشكلٍ جميل. وقلت بنفسي: آها! هذا سيُلقم المُشككين ممن ادّعى أنّ الجسد المجذوم «جسدٌ تالف». نظراً لانعدام حساسيته للألم، لم يُظهر كريشنامورثي أي علامة للتأثر بما بعد الجراحة، وطلبت منه أن يُحرّك أصابعه إلى الأمام والخلف، إلى الأعلى والأسفل. بدا أنّ الوتر المُستزرع يُمسك [بما تم تثبيته إليه].

قلت له في الاختبار الأخير: «جرّبها أنت»، نظر مليّاً في الإبهام، كما لو كان مُستعدّاً لطاعته. استغرق دماغه بضع ثوانٍ لاستيعاب النمط الجديد لحركة الإبهام، ثم تحرّك! كان مُتيبساً بدايةً، وبطيئاً، إلا أنّه تحرّك. ابتسم ابتسامةً عريضة، والممرضة التي تقف جواري صرخت عالياً. هزّ كريشنامورثي إبهامه مرّة أخرى، مستمتعاً بتسليط الضوء عليه.

أستطيع فقط تخيّل ما كان يحصل داخل اليد. لسنوات كان يعمل على التحكم بإبهامه. حاول أن يسحبه ليستقيم، وذلك باستخدام يده الأخرى، إلا أنّ الإبهام كان دائماً يرتد إلى الخلف في هيئة مخلبية قبل أن يستطيع استخدامه، إذ كان مُهملاً، مُلحقاً مُهملاً لا يتحرك ولا يشعر. والآن، جزء من جسده الذي طال هجره لموته عاد إلى الحياة.

النمو إلى الخارج

أجريت بعد أسابيع العملية نفسها، استزراع أوتار أخرى لتساعد في تحرير إصبعي كريشنامورثي الخُنصر والأوسط. (سُدس عضلات جسد الإنسان مُخصص لحركات اليد، لذا لدينا كثير منها للتخيّر بينها)، كان التقدم بطيئاً، ذلك أنّ الساعات المعملية المخصصة للعلاج الطبيعي كانت تلحق كل عملية. تغمس روث توماس يديه في شمع البارفاين الدافئ

لإرخاء المفاصل، وتمسّد بلطف كل ملّيميتر إثر الآخر في كل إصبع ليدخل مدى حركة جديد.

كانت تعمل يد كريشنامورثي المخلبية بخشونة، كقفّاز يرتديه مبتور، حتى أتقن تحريك إصبعه لوحده. تعلم الإمساك بالكرة المطاطية التي يقضي معها ساعاتٍ طويلة في عصرها، ثم تعلّم مسك الملعقة، وحتى القلم الرصاص. بعد كثير من التدريب، استطاع بسط أصابعه وثنيها بإرادته، مُشكلاً قبضةً تقريباً. ناداني يوماً ما مزهوّاً بنفسه ليُريني مهارة جديدة: كوّر الرُز والكاري من طبق طعامه، بمساعدة إبهام يده الأخرى، وألقاها داخل فمه دون أن ينثر أيّ حبة.

جانب جديد من شخصية كريشنامورثي كان يظهر مع كل خطوة نخطوها. ضحك مرة أخرى، وعمل مقالب على الطاقم التمريضي، زار مكتبة المستشفى باحثاً عن كتبٍ لم يقرأها. عاد النور إلى عينيه. صار مسيحيّاً واختار الاسم المسيحي جون. لم يمضِ وقت طويل حتى تعلّم استخدام الآلة الكاتبة، وعرض علينا ترجمة بعض موادنا الصحية للهجات المحليّة. مررت صباحاً على غرفته ورأيته يضرب على مفاتيح الآلة الكاتبة، خطر لي الصبي المتسوّل الرثّ الذي كان منكمشاً كحيوانٍ جريح، معلقاً يديه عديمتي الجدوى على جانبيه.

علمتُ أن الوقت حان ليتقدّم كريشنامورثي [في حياته] لمّا لمحته عبر نافذته من الساحة يهرش جروحه بعود. هذا هو السبب إذن في أنّ تقرّحات قدميه لم تُشفَ أبداً. كان الشقيّ، عالماً بأننا قد استنفذنا كل أفكارنا في تحسين يديه جراحيّاً، وجد طريقةً لإطالة أمد بقائه في المستشفى. مساحة السرير كانت قيّمة للغاية لدرجة أنها تقدم [له] عناية طويلة الأمد، بينما مرضى الجُذام الآخرون يتأوهون طلباً للمساعدة، وعليه وبعد بضعة أسابيع أرسلنا جون وقد بَرِئت قدماه، وبيدين مقبولتين عمليّاً، وهوية جديدة تتناسب واسمه.

بعد نجاحنا المبدئي، خصص المستشفى غرفتين أخريين معزولتين لاستخدامها لمرضى الجُذام المُعوزين، وسُرعان ما اكتظ المرضى دخولاً وخروجاً من الردهة. انضم إليّ جرّاح شاب وراقٍ اسمه إيرنست فريتشي (Ernest Fritschi)[١]، واستكتشفنا معاً نحن الاثنان كل أسلوب من شأنه أن يقدم أملاً في استعادة الأيدي المتضررة.

تساءل إيرنست ما إذا كنا نستطيع ابتكار إبهام صناعي للأيدي التي فقدت الإبهام. حاولنا ترقيع العظم من إصبع في القدم وأحطناه بأنبوب من جلد البطن لنشكّل إبهاماً ولنُطيل الأصابع القصيرة، إلا أنّ هذه الإلحاقات نادراً ما كنت تعمل. لم يُحسّن المرضى من حمايتهم لأصابعهم الجديدة ولم يفعلوا لها أكثر مما فعلوه في حماية أصابعهم الأصلية، بل وبطريقة محيّرة، بدا أن الجسم يبتلع المزروع من العظم والإبهام أو الإصبع القصيرة مرة أخرى. لم يكن عندي أي تفسير لهذه الاختفاءات المُحيّرة.

ظهر أنّ نقل الأوتار ذو إمكانيات أكبر، وعن طريق التجربة والخطأ توصّلنا إلى آليات الشدّ الصحيحة. إذا ما شددناها بقوّة، فإنّ العضلة ستتسبب في انتصاب الإبهام كعامود الإضاءة ولن يستطيع المريض بالتالي ثنيه إذا ما أراد. أو إذا ما أحكمت شد وتر عبر مفصل الإصبع، فإنّ المريض قد يتمكن من تشكيل قبضة [بأصابعه]، إلا أنّه سيواجه مشكلة في فرد إصبعه.

توصّلنا إلى طريقة مُحسّنة لتصحيح اليد المخلبية، وذلك عن طريق استعارة وتر عضلة قوي من أعلى الساعد وفوق المنطقة الطبيعية للشلل، وهي العضلة التي كانت تساعد في تحريك الرسغ. بقطع صغير قريب من

---

(١) إيرنست فريتشي (Ernest Fritschi) (١٩١٨ - ٢٠١١م): جرّاح لوالدين سويسريين تبشيريين، نشأ في مدراس، وكان مُساعداً للدكتور براند، ليصبح لاحقاً رائداً في الجراحة الرأبيّة وخدمة مرضى الجُذام. (المترجمة).

الرسغ سحبنا ذاك الوتر، وثبّتنا ترقيعة أُخذت من الساق، وفتحنا قناة في الوتر المنبسط على طول الرسغ إلى راحة اليد. وبإحداث قطع آخر، سحبنا الوتر مرّة أخرى، وقسمناه إلى أربعة تفرّعات منفصلة، وأدخلنا كل فرع في إصبع مختلفة. يستطيع المريض ثني الأصابع الأربع جميعها تزامنياً وبسطها حيث كانت تتخلّب، وذلك بالاستفادة من القوة المنقولة من عضلة الساعد القويّة.

يطلب المرضى أحياناً علاجاً خاصّاً، وهو ما نحاول الإيفاء به إذا ما كان مستنداً إلى سبب [وجيه]. أراد رجلٌ مرّة تكييف زاوية إبهامه المثني ليستطيع إقفال ساعته. رجل آخر، مالك لمزرعة مطاط، طلب منا إصلاح مفاصله المتسبّبة لتكون في وضعية مستقيمة؛ وإن لم يستطع أبداً تشكيل قبضةٍ بها، مُفضلاً يداً تبدو طبيعية على يدٍّ تؤدي وظيفتها. حسّنا مظهر يده باستخدام ترقيعات دهنية لتسمين التجويفات التي تركتها العضلات التي ضمرت للأبد، وهو التحسين التجميلي الذي ما لبثنا أن قدمناه للمرضى. طلب عازف مزمار أن نفرّق أصابعه لتتماشى مع فتحات مزماره، ثم تلحيم المفاصل في ذلك المكان. اعترضت على طلبه بقولي: «لكن لن تستطيع أكل الرز إذ سيتناثر من بين أصابعك»، كان متعنتاً فقال: «أستطيع دائماً استخدام الملعقة، لكن إن لم أستطع العزف على مزماري فلن أستطيع الحصول على المال لشراء الرز!»

في هذه الأثناء، حوّل إيرنست فريتشي انتباهه إلى القدم. في مسحٍ أجراه في تشينغلبُوت، وجد أن عدداً كبيراً من المرضى يُعانون من «تدلي القدم (foot drop)» بسبب شلل العضلات المسؤولة عن رفع القدم وأصابعها. في كل مرة يرفع أحد هؤلاء المرضى ساقاً عن الأرض، كانت القدم تتدلى ولا ينزل الكعب إلى الأرض. في حال قصر وتر العرقوب (achilles tendon)، فإنّ كل خطوة تمارس ضغطاً هائلاً على أصابع القدم التي تتدلى للأسفل. في الوقت الذي يُحمل وزن الجسم كاملاً على أصابع القدم بدلاً عن الكعب المُصمم لتحمّل هذا الوزن، يتمزّق الجلد وتظهر

التقرّحات. باتّباعنا ما تعلمناه من نقل الأوتار في اليد، استطعنا تصحيح هذه المشكلة في القدم أيضاً، وما لبثت تشينغلبُوت حتى انخفضت فيها قُرحات القدم انخفاضاً ملحوظاً.

كانت الأيام في وحدة أبحاث اليد المتواضعة أياماً ذات نشوة [متواصلة]. عانينا من الفشل طبعاً، ومن ذلك أحد المرضى واسمه لاكشامانان (Lakshamanan) الذي رمى بنفسه في بئر وغرق فيه لما علم أننا لن نستطيع فعل أي شيء لإنقاذ اثنتين من أصابعه. لكن وبما أننا اخترنا قاعدة من المرضى المُصابين بالتشوّهات والعيوب الجسيمة، جربنا المزيد من العمليات التي أوصلتنا إلى تطوّر مهم. بدا أنّ هؤلاء المرضى أنفسهم مُكرّمون نظراً إلى أنّ فريقاً طبيّاً أغدق عليهم بمثل هذه العناية. وبالرغم من أننا حسّنا من أيديهم وأقدامهم شيئاً قليلاً، فإنّهم غالباً ما يُغادرون فيلور بحماس جديد وأمل.

إعادة البرمجة

«يقع في نهاية العقل، الجسد. لكن في نهاية الجسد، يقبع العقل» كما قال بول فاليري (Paul Valery)[١]. رأيت هذه الكلمات قد تجسّدت واقعاً كما لو كانت حكايةً رمزية أبطالها مرضاي المجذومون الذين خاضوا صراعاتهم خلال مرحلة إعادة التأهيل. بالنقل الجراحي للأوتار من مكانٍ لآخر، أجبرنا الدماغ على التكيف مع جُملة الحقائق الجديدة تماماً.

عصبونات الدماغ مُنظمة في خمسين منطقة متخصصة إلى مئة: تتحكم منطقة بالحس في إحدى الشفتين، وبحركة الأخرى. وهناك مناطق معيّنة تتحكم بالحسّ في الإبهام وحركته، ويتعرّف الدماغ والإبهام «على بعضهما» تدريجيّاً كما يحصل في مراحل نمو الإنسان، تتشكّل رابطة متينة

(١) بول فاليري (Paul Valery) (١٨٧١ ـ ١٩٤٥م): شاعر وناقد فرنسي، له أشعار خالدة واهتمام خاص بالاكتشافات العلمية والقضايا السياسية. (المترجمة).

ما بين مسارات الأعصاب. ونظراً لاستخدامه المتواصل، ينتهي إلى الإبهام إلى منطقة كبيرة [لتمثيله] في القشرة الدماغية (cortex)، حيث يُماثل حجمها الحجم الخاص بالردف والساق. لم ألبث حتى عرفت أنّه حين أُصلح جراحيّاً إبهاماً متضرراً فإنّه ينبغي عليّ أن آخذ بالحسبان منطقته المتخصصة في الدماغ أيضاً.

في وقتٍ مبكّر [من بدئي العمل مع مرضى الجُذام]، أجريت عملية نقل للوتر على مريضٍ، يُشبه جون كريشنامورثي، لديه شلل في الإبهام وشلل اليد المخلبية. أجريت له العملية كما أجريتها على كريشنامورثي؛ أي: بتحريك وترٍ من الإصبع الخنصر إلى الإبهام. بدا جليّاً أنّي لم أوضّح التبعات له كما شرحتها لجون، إذ لما فككنا الضمادات بعد أسابيع عدة من الجراحة، قلت له: «يُمكنك الآن تحريك إبهامك للأمام»، رأيته يُواجه صعوبةً في ذلك، مذعوراً كما بدا على وجهه، ذلك أنّي وعدته بإبهام متحرّك إلا أن شيئاً لم يحدث. لم يستطع القيام بأي حركة باستخدام ذلك الإبهام.

قلت: «حسناً، لنُجرّب إصبعك البنصر»، وَثَبَ إبهامه للأمام فقفز هو للخلف! ضحكنا معاً، وشرحت له أنّه ينبغي عليه تعويد دماغه مرة أخرى للتفكير بالإبهام عوضاً عن الإصبع البُنصر. شوّشنا الدماغ، فعليّاً، عن طريق إعادة توزيع الأعصاب المُحرّكة. ولأيام بعدها كنتُ أمرّ على غرفته وأراه جالساً على بساط، يتفحّص إبهامه، يلويه، مُعيداً تخطيط المسارات المحايدة في دماغه.

كان مرضى الجُذام محظوظين في جانب واحد. كانوا يستطيعون توجيه تركيزهم على إعادة تخطيط الحركة تركيزاً فارغاً مما عداه، ذلك أنّ الضرر العصبي كان قد حجب رسائل الشعور بالألم واللمس التي لربما شوّشت الدماغ أكثر. وإلا فسيكون التكيّف عليهم مستحيلاً. فشل العديد من عمليات الأيدي بسبب مقاومة الدماغ، وليس موقع الإصابة.

أجريت مرّة عملية «نقل السديليّة الجزيريّة (island flap transfer)» على رجلٍ بعمر الستين حيث تضرر عصبه الأوسط في حادث إطلاق نار. لا يشعر بإبهامه ولا إصبعه الوسطى، إلا أنّ إصبعيه البنصر والخنصر، اللتين يتحكم بهما عصبٌ مختلفٌ، يعملان جيّداً. كانت العملية المُوصى بها تقوم على نقل سديليتين جزيريتين من الجلد الحساس مع عصبهما الداعم من الأصابع الأقل أهمية إلى الإبهام والإصبع الأوسط. أجريت العملية وقررت بعد عدة أسابيع نجاحها. يُحسّ الآن بإبهامه وإصبعه السبّابة مع مدى واسع من الحركة فيهما.

إلا أنه وبعد مرور عدة أشهر، بدأ ذاك المريض المتوجّع بالتشكيك حول صواب إجرائه العملية رغم كل شيء. كانت المُشكلة في دماغه. لستين عاماً حجب دماغه صنّف الرسائل عن هاتين السديليتين الجزيريتين تحت «الإصبع الخنصر» و«الإصبع البُنصر». والآن، الأفعال التي يأمر بها دماغه لا تتوافق والاستشعارات التي يتلقاها، ولا يستطيع الدماغ تحريك نفسه. إذا ما التقط الرجل مُسعراً حارّاً، سيُرسل الدماغ أمراً عاجلاً بإفلاته، فيُرخي إصبعه البُنصر وليس إبهامه. بغض النظر عن جهده الجهيد الذي بذله، لم يستطع وهو بهذا العمر برمجة دماغه ليُفكر «بالدماغ» عوضاً عن «الإصبع البُنصر».

الدماغ بعزلته في الصندوق العاجي للجُمجمة، الذي رأيته مُخططاً بدقه خلال التشريح الذي جرى في كارديف، هو ما يجعل إعادة البرمجة صعبة للغاية. يتعلّم الدماغ الاعتماد على الإشارات الكهربائية من هذا العصب الذي يُمثل الإبهام، وذاك العصب، ليُمثّل الإصبع البنصر. اللمس عادةً ما يكون أكثر الاستشعارات الموثوقة. قد تُقدّم الرؤية التوهّمات، والسمع قد يكذب، إلا أنّ اللمس يتضمنني أنا، إنّه [أي: الشيء الملموس] يبعج جلدي. من جهة الدماغ، سيبدو أنّي أكذب على نفسي إذا ما بدأت الاسشعارات الجديدة بالإنثيال من الموقع «الخطأ». إذا ما أعاد أحدهم ترتيب بيتي ترتيباً مُخلّاً [لنظامي] بحيث يتحكّم المقبس الذي كان

يتحكّم بصانعة القهوة يتحكّم بمذياعي، سأتعلم التكيّف بعد محاولاتٍ قليلة. إلا أنّ المسارات المحايدة داخلي، التي هي جزء مني، تُسهم إسهاماً جوهرياً في تشكيلي للواقع.

لا يثق العقل بسهولة بالإشارات التي تتعارض مع كامل تاريخه، ولن يستطيع أي مريض التكيّف أبداً ما لم يتعلّم السيطرة على حسّ التدليس الذي يمرّ به الدماغ المُعاد تهذيبه[1]. تعلّمتُ من شابٍ أنّه من الممكن نقل عضلة لتؤدي الفعل المُعاكس لما كانت تفعله أصلاً. فمثلاً، وفي حالة جون كريشنامورثي، اخترنا إحدى العضلتين المُستخدمتين في ثني الإصبع وأعدنا إلحاقها لتفرد الأصابع. كان على دماغه أن يعرف أنّ أحد الأوامر المتعلّقة بأمره أن «انثنِ!» ما زال يعمل على ثني الإصبع بينما يعمل الآخر على النتيجة المُعاكسة. تزداد التغييرات المتعلقة بإعادة البرمجة في الدماغ صعوبةً مع تقدّم الناس بالعمر. كان علينا أخيراً إيقاف عمليات النقل الجذري للأوتار لأي مريض جُذام فوق عمر الستين. إذا ما حاولنا تحويل العضلات لتأدية

---

(١) في بدايات الجراحة باستخدام المجهر (microscope -guided surgery) استقبل جرّاحو اليد آنذاك هذه التقنية بحماس. بتمكّنهم من إعادة وصل الأوردة الدقيقة والألياف العصبية، سيستطيعون إعادة وصل الأصابع والأيدي المبتورة. هدأ الحماس حتى مع العمليات الجراحية التي نجحت تماماً. اتّبع بعض زملائي سياسة تقضي بعدم نقل المستشعرات وندرة وصل الأصابع أو الأيدي المبتورة لكبار السن، ذلك أن إعادة برمجة العقل صعبة للغاية.

كسلك الهاتف السميك، كان العصب الواحد يحمل آلاف المحاور العصبية التي تنقل رسائل منفصلة للحرارة واللمس والألم. إذا ما قُطع هذا السلك، فإنّه حتى مع مساعدة المجهر سيستحيل وصل كل محور عصبي بمكانه الأصلي. يستطيع الإنسان في سنّ صغيرة تعلم المسارات الجديدة [للمحاور العصبية] وسيُفسّر الدماغ بالتالي الاستشعارات دون خطأ. المرضى من كبار السن، وعلى العكس من ذلك، يندر تمكّنهم من مواكبة هذه التعديلات. يشتكون بمرارة من الاستشعارات اللاسعة، شعور يُشبه «الخشخشة (static)» في الأعصاب. تكذب أعصابهم عليهم. قد يطلبون أحياناً بتر ذاك الإصبع أو تلك اليد. (المؤلف).

مُهمة جديدة تماماً، فإنّ أدمغتهم [الكبير عمرها] لن تستطيع القيام بالتعديلات المتعلقة بإعادة البرمجة.

حاولت تشجيع مرضى الجذام [الذين تحت إشرافي] في محاولاتهم المتعلقة بإعادة البرمجة. كنت أقول: «لديك نوع من «الميزات»، وهي أنك تستطيع التركيز على الحركة. فكر الآن في مدى التشويش الذي سيحصل لك إذا ما تعاطيت مع استشعارات مزيفة، أيضاً». تكوّنت لدي فكرة أنّ أغلبهم يُفضل الرسائل المغلوطة على انعدامها كليّاً. بغض النظر عن تحذيري الشديد لهم مُقدماً، إلا أنّهم بدو محبطين من أنّ عملياتنا لم تُعد لهم الاستشعار. نعم، يستطيعون الآن لفّ أصابعهم حول كُرة الرز اللزجة، إلا أنّ استشعار الرزّ كان غائباً، وقل الشيء نفسه مع الخشب أو الزرع أو المخمل. استعادوا القدرة على مصافحة الأيدي، إلا أنّهم لم يتمكنوا من استشعار دفء ملمس اليد التي يُصافحونها وإحكامها. كان علينا تعليمهم ألا يُحكموا قبضتهم على يد الشخص الآخر: كما مُرتدي الصندل في تشينغلبُوت، ليس بمقدورهم حتى تحديد ما إذا كانوا يُؤلمون الطرف الآخر. اللمس، بالنسبة لهم، قد فقد معناه، وكذلك الألم.

لم ألبث إلا قليلاً منذ بدئي محاولات نقل الوتر حتى تلقيت زيارة غير متوقّعة من د. ويليام وايت (William White)، بروفيسور العمليات الجراحية في بيتسبُرغ (Pittsburgh)، في ولاية بينسيلفانيا (Pennsylvania). بعد إتمامه جولته الأستاذية في لاهور (Lahore) والباكستان (Pakistan)، مرّ بليفور لبضعة أيام لاستكشاف العمل المُتعلق بالجُذام. أذِن وايت لُطفاً منه باطلاعي على تكنيك جديد في نقل الوتر. أعددنا المريض، أنهينا عملية التعقيم وارتدينا ملابس الجراحة، واستعددنا. شعرت بالخفّة لما وقفتُ جانباً وشاهدتُ جرّاحاً جيّداً وخبيراً. استغرقت العملية ثلاث ساعاتٍ تقريباً، وكان وايت خلالها يُقدم شروحاتٍ تفصيلية عند كل خطوة.

المريض، الذي لا يشعر بالألم، لم يحتج ولا حتى للقليل من التخدير وظلّ واعياً، مُراقباً العملية بأكملها. قطّبناه، وألقى وايت بضع كلمات تشجيعية، ثم ومحرّكاً يديه مُمثلاً للحركة التي سيقوم بها المريض، قال: «ستتمكّن قريباً من تحريك أصابعك هكذا» وفرد أصابعه. شاهدنا مصعوقين كما المريض، الذي لا زال راقداً على منضدة العمليات، وقد حاكى الدكتور بفرد أصابعه. انكمشت يده فوراً إلى وضعية اليد المخلبية. ضحك وايت ضحك المتكدّر إذ تجلّى له ما حدث: الرجل، الذي لا يشعر بأي ألم، قد مزّق كل الأوتار المُخاطة حديثاً في أماكنها. فتحنا الجروح وأعددنا لجلسة أخرى لإعادة تثبيت الأوتار.

هذه التجربة، وأخريات مثلها، دفعت بنا إلى وضع احتياطات صارمة لما يتعلق بالتعافي بعد الجراحة. عادة ما يضع الألم حدوداً: الشخص الذي خضع لتوّه لعملية جراحة في اليد لن يثني أصابعه، كالمريض الذي خضع لعملية استئصال الزائدة الدودية لن يجلس على سريره. إلا أن مرضى الجُذام، دون ألم يرتد إليه، ليس لديهم احتياطات داخليه للإصلاح والتشافي. كان علينا فرضها من الخارج.

على أغلب الاختصاصيين في العلاج الطبيعي في مجال جراحة اليد مُسايرة مرضاهم ممن قارب بُرؤهم في تحريك أصابعهم تحريكاً قليلاً كل يوم، إذ إنّه إذا لم يُدفع بالمريض إلى منطقة الألم دفعاً خفيّاً، فإنّ الأوتار والأربطة ستلتصق وستضعف الحركة للأبد. في العمل مع مرضى الجُذام، كُنّا نحارب عكس هذه المُشكلة ألا وهي منعهم من تحريك أصابعهم كثيراً وفوراً [بعد العملية]. كنت أسمع هذه الكلمات طوال اليوم: «الآن، بلطف»، و«شيئاً قليلاً فقط» من روث توماس والمعالجين الآخرين. مُعالج واحد لليد يُعالج اثنين ممن خضعا لعملية نقل الوتر نفسه، أحدهما بسبب شلل الأطفال والآخر بسبب الجُذام، يُهيب بأحدهما أن يبذل جهداً أكبر، بينما يُكافح لكبح جماح الآخر. لطالما أصلحت الأوتار التي قُلعت من مكانها بسبب مريض جُذام متحمّس.

كثيراً ما يُفضّل مُعالجونا العمل مع مرضى الجذام لأنهم لا يشكون أبداً من الألم ويندر أنْ تتيبس أيديهم من ضعف الحركة. خلال فترة النقاهة بعد العملية، بدا أنّ الجودة الغريبة لانعدام الإحساس بالألم نعمة في البداية. إلا أني لم ألبث حتى، وبشكل ساخر حد الرّعب، أدركتُ أنّ انعدام الألم هو الجانب الوحيد الأكثر فتكاً في هذا المرض المخوف.

٩
تحرٍّ بوليسي

«إذا ما خُيرت بين الألم واللاشيء، سأختار الألم»

ويليام فوكنر (William Faulkner)

الأب دامين (Father Damien)، كاهن بلجيكي في هاواي، تأكّد من إصابته بالجُذام لما، وخلال حلاقته ذقنه في الصباح، سكب كوباً من الماء المغلي على قدمه ولم يشعر بالألم. كان ذلك في عام ١٨٨٥م. أدرك العاملون في [مكافحة] مرض الجُذام ومنذ وقتٍ طويل أنّ هذا المرض يُسكِت إشارات الألم، تاركاً المريض عُرضة للإصابات. إلا أنّ المرضى والعاملين الصحيين كلّهم يؤمنون أنّ الجُذام يتسبب بضرر أسوأ من ذلك. شيء ما متعلق بالمرض يتسبب بتعفّن الجسم ومن ثم موته.

إلا أنّي كلما عملتُ أكثر مع مرضى الجُذام، شككتُ أكثر بالنظرة الشائعة لكيفية إتمام هذا المرض لعمله الشنيع. عرفت مُبكراً أنّ المشاهد التي تصورها الروايات والأفلام الشهيرة (مثل بابيلون Papillon وبن هُر Ben Hur) قامت على الخرافة: [ألا وهي] أن أعضاء مرضى الجُذام وملحقات أجسامهم وبكل بساطة لا تتساقط. يُخبرني المرضى أنّهم فقدوا أصابع أيديهم وأقدامهم على مدى فترة زمنية طويلة، وأكّدت دراساتي هذا

التغيّر التدريجي. حتى عقب الإصبع الذي يبلغ طوله إنشاً عادة ما يُحافظ على بطانة الظفر، مما يعني: أنّ المفصل البرّاني لم يُفصل عن بقية الإصبع. أظهرت الأشعة السينية أنّ العظام التي قصُرت بطريقة محيرة، بسبب التقيّح ظاهريّاً، بالإضافة إلى الجلد والأنسجة اللينة الأخرى قد تراجعت لتكون بطول العظمة. هناك شيء يدفع بالجسم إلى القضاء على الإصبع من الداخل.

امتحنت بوب كوتشرن في هذا الموضوع في تشينغلبُوت قائلاً: «فحصت الآن المئات من الأصابع المُقصَّرة، قُل لي، كيف لي أن أعرف ما إذا كانت الإصبع قد تضرر في حادثٍ أو أن الجُذام هو ما أعطبها؟» رد كوتشرن بأنّه إذا ما رأى يداً وجميع أصابعها قد قصرت إلى الطول نفسه، فإنّه يتوقّع أنّ ذلك بسبب عدوى الجذام، أما إذا كان إصبع أو اثنتان قصيرتين للغاية والبقية طبيعية، فإنّه سيُقرر بأنّ سبب هذه الإصابة إما حادث أو عدوى ثانوية.

أرضاني هذا التوضيح بالرغم من أنّه بدا غريباً أن شيئاً غير عاديّ كفقد إصبع، وهذا نادر في أي مرض، يعود لسببين مختلفين في حالة الإصابة بمرض الجُذام. إلا أنّي لما بدأت المقارنة بقياسات الأصابع خلال فترات امتدت لأشهرٍ وسنوات، وجدت أنّ بعض حالات الفقد الشديدة للأعضاء حدثت لأشخاصٍ كانت نتيجته سلبية للجُذام. بمعنى آخر، يستمر تلف النسيج حتى بعد فترة طويلة من الإصابة بالمرض. لماذا ينهار النسيج الطبيعي تلقائيّاً في الجُذام الخامل؟

لا جسمَ فاسد

لم يكن لديّ أيّ حل لهذه الأُحجية لما بدأت عمليات نقل الوتر في وحدة أبحاث اليد، وظلّ هذا اللغز يُبدد حماسنا بالنجاحات المُبكّرة. ما زالت تؤثر علينا توقّعات المُمارسين الآخرين بأنّ جهودنا ستذهب سدًى لا محالة. بالرغم من إدراك المرضى ربما لبعض المنافع قصيرة المدى من

العملية، كما قالوا، فإنّ الأصابع التي استفرغنا وسعنا في تصحيحها ستتعفن. إذا ما كان هؤلاء المشككين على حق، ففقد كُنت أهدر وقت الطاقم القيّم وأرفع سقف آمال المرضى [رفعاً سينهار عليهم بعدها].

بالرغم من أنّي اكتسبت الثقة جرّاء التشافي السريع لجروح مرضانا بعد العملية، فإنّ علاماتٍ أخرى كانت سبباً في قلقي. سمعت صدى العبارة المُهلِكة: «جسد متعفّن» كل مرة تقريباً أمرّ بها على العيادة التي خصصناها لمعالجة قُرَح القدم. من الطبيعي لمريض الجُذام، بفقدان إحساسه بالألم، أن يتجاهل زيارة العيادة حتى تُصبح الرائحة كريهة، وهي المرحلة التي تنفذ فيها القُرحة عميقاً في القدم. نُنظف كل علامة للتقيّح، ونُشذّب النسيج المنخور، ونغسل الجُرح بمحلول الجنتيان المُطهّر (gentian violet). يأتي المريض بعد أسبوع لتغيير الضمادات، ولا نرى أي تحسّن. نُنظف مرّة أخرى بدقّة فائقة ثم نلم الجروح ونرسل المريض إلى حال سبيله، فقط ليعود الأسبوع التالي والقرحة بحالٍ أسوأ.

سادان، الشاب الدمث الذي نام في شُرفتنا، كان مثالاً لهذا النسق. نجحنا مع يديه، وبعد أشهرٍ قليلة من الجراحة والنقاهة شغل وظيفة كاتب على آلة كاتبة، إلا أنه لم يبدُ أنّ شيئاً مما جرّبناه ساعد قدميه. أتى إلى ليفور بوصفها آخر الحلول بعد أن أشار عليه عدد من الأطباء ببتر الساقين تحت الركبة. قصُرت قدماه إلى النصف تقريباً، وظلّت قرحة حمراء متورّمة مُقاومة على مقدمة كل قدم مستديرة فاقدة أصابعها. جرّبنا المراهم، وكبريتات المغنيسيوم (magnesium sulfate)، ودهون البنسلين وكل علاج قد يُساعد في التخلص من القرح. ولا يبدو إلا أنّها تزداد سوءاً.

استمرت هذه الدورة المُحبطة لأشهر. طلب منا سادان عدة مرات التوقف عن إهدار الوقت على قدميه. قال لنا: «امضوا قدماً وابتروهما كما أشار الأطباء الآخرون»، لم أستطع فعل ذلك، كما لم أستطع أن أجد حلاً لتقرّحات قدميه. حيّرني كيف أن الجراح الجراحية في يديه قد

التأمت في حينها إلا أنّ قُرَح القدم في المريض نفسه لم تلتئم. هل كان «الجسم الفاسد» هو تفسير [هذه الظاهرة]؟

لا يشعر سادان بأي ألم تسببه قُرح القدم، ولم يشتكِ أبداً. وفي أحد الأيام، بدّلت له ضماداته للمرة العاشرة على الأقل. بالكاد استطعت لقاءه ونزع جواربه. كنت قد أحببت سادان، وأعلم أنّه أحبني وقد تعلق بي بوصفي أمله الأخير. تقطّعت نياط قلبي لما أخبرته بأن الأطباء الآخرين كانوا على حقّ على الأرجح. لربما كان علينا بترها، ذلك أننا وببساطة لم نستطع إيقاف انتشار العدوى. تلقى سادان الخبر باستسلام مُحزن. حاوطته بذراعي ورافقته عبر رواق المستشفى إلى الباب، مُحاولاً استحضار بعض الكلمات لتشجيعه، ولم يكن لدي ما أقدّمه، إلا أنّي أُشاركه شعوره بالإحباط قلباً وقالباً.

عوضاً عن عودتي إلى غرفة الفحص، وقفت وشاهدت سادان يخطو خارج المستشفى، عابراً ممر المُشاة، متّجهاً إلى الطريق. تدلى رأسه وكتفاه تدلي المهزوم. ثم، وللمرة الأولى لاحظتُ شيئاً. سادان لا يعرج! لقد قضيت نصف ساعة أُنظف الجرح المتقيّح في مقدمة قدمه، وكان يضع ثقله كلّه تحديداً على المكان الذي عالجناه بحرصٍ شديد. لا عجب أنّ الجرح لم يُشفَ أبداً!

كيف فاتني ذلك؟ محلول الجنتيان، البنسلين، وكل عقار آخر لم يتمكن من مساعدة سادان طالما أنّه، دون قصدٍ أبداً ونظراً لافتقاده الشعور بالألم، يواصل الإضرار بالنّسيج. وجدتُ أخيراً الشقيّ المسؤول عن الجراح التي لا تلتئم: المريض نفسه.

حاولنا تدريب المرضى المُصابين بتقرّحات القدم على المشي عُرجاً، إلا أنّه بدا أنهم لا يتذكرون ذلك إلا قليلاً. مُساعدي إيرنست فريتسشي أتى بأفضل حلٍّ ممكن. قال: «نستخدم الجبائر اللاصقة على أيدي مرضانا فتُشفى جروحهم جرّاء العملية الشفاء المنشود، لم لا

نستخدم الأسلوب العلاجي نفسه مع قرح القدم؟» ثبت أنّ هذه الفكرة البسيطة قيمة أكثر من سائر أساليب المُعالجة معاً. (لاحقاً، قرأنا تقريراً من مدينة كولومبو، في سيليون، لطبيب اسمه دي سيلفا (DeSilva) استخدم الأسلوب نفسه للجبائر اللاصقة لمعالجة القُرح على أقدام المجذومين)، شُفيت قُرح القدم بطريقة جميلة لمّا غُلّفت بجبيرة باريس لفترة طويلة كافية. لما لم نستطع تقديم كثير من جبائر باريس، كان علينا ابتلاع توجّساتنا وترك كل جبيرة لشهر. وكان مُفاجئاً لنا أن نعرف أنّ التئام القرحة في الجبيرة أفضل منها ملفوفةً بالضمادات، حتى ولو تم تغيير تلك الضمادات يوميّاً. غالباً ما تكون رائحة الجبيرة نفاثة وكريهة حتى إنها تصل السماء السابعة عند إزالتها، إلا أنّه وبعد إزالة الأجزاء الميتة والقيح، نجد نسيجاً سليماً برّاقاً محمرّاً تحتها.

ثلاثة أشهر إلى أربعة كانت فترة كافية لاندمال أعتى القرح داخل الجبيرة السميكة. الجبيرة التي تغطي العضو كاملاً شكّلت قشرة صلبة لحماية النسيج الرقيق، وكأنها درعُ فارسٍ من العصور الوسطى، توفر بذلك بديلاً خارجيّاً لنظام التحذير الداخلي للألم. المريض الذي يشعر بالألم لا يحتاج مثل هذه الحماية، ذلك أنّ بوادر الألم لن تجعله أبداً يضع ثقله على القدم المتقرّحة كما يفعل سادان. لم يمضِ وقت طويل حتى كشفت الدراسات المُقارنة أنّ مرضانا من المصابين بالجُذام ممن جُبّرت أقدامهم اندملت قُرحهم بالسرعة نفسها التي تندمل فيها قُرح غير المصابين بالجذام. انخفضت معدّلات البتر بين مرضى الجُذام انخفاضاً هائلاً. الأطباء الآخرون في المستشفى، المُشككون بعملنا في حقل الجُذام، ذُهلوا بهذه النتائج. أين كان «الجسم الفاسد»؟

ظللتُ ألوم نفسي لعدم تحديدي المُشكلة مُبكراً. جعلني التدريب الطبي مُستجيباً لشكاوى المرضى من الألم، ولم يُعدّني للمحنة الفريدة التي يُصاب بها من لا يشعر بالألم من الناس. لم يكن عندي أدنى فكرة كيف يُصبح الجسم مستهدفاً إذا ما فقد نظام التحذير. لم ألبث حتى

لاحظت أننا نحن الأطباء والممرضات ممن عمل مع المرضى فاقدي الإحساس قد فقدنا توجّهنا المتأنّي والمتردد، كما لو كان فقدان المرضى للألم قد انتقل إلينا. كان عليّ أن أتعلم كيف ألا أستخدم المجسّ الحديدي بعنف في استكشاف قُرحة قدم أي مريض. المجسّ ذاته يُسبب ضرراً، ذلك أن المريض فاقد الحسّ الغريزي الوقائي لم يستطع تحذيري من أنّي قد ذهبت بعيداً في الجسّ حتى إنّي أضررت بالنسيج السليم (رأيت مرّة ممرضة تدفع بالمجسّ أخمص قدم المريض عميقاً حتى إنها ثقبت الجلد على مقدمة القدم. ولم يُحرّك المريض ساكناً).

العمل مع مرضى كسادان تسبب في اندلاع ثورة في رؤيتي حول الألم. أدركت قيمته في الإبلاغ عن الإصابة بعد حدوثها إلا أني لم أقدّره حق قدره لقاء طرقه المُخلصة العديدة في حماية الجسم قبل حدوثها إذ ثبت أن التئام القُرح أمرٌ هيّن مقارنةً بمنعها فيمن فقد نظام التحذير المُتقدم هذا.

أكّدنا، على مضض، أن يرتدي مرضانا الأحذية بالرغم من أنّي أحب المشي حافياً، إلا أنّه بدا جليّاً أنّ المرضى فاقدي الإحساس بحاجة إلى طبقة إضافية من الحماية ضد الشوك والنشارة والزجاج والرمل الحار. بالرغم من أنّنا سلمنا جميع المرضى الصنادل والأحذية، فإنّ المشكلة لم تنتهِ. مشى أحد الرجال طوال اليوم بمسمار صغير منغرزٍ في كعبه، ولم ينتبه له حتى خلَع حذاءه في الليل ووجده وقد التحم بكعبه. توقّعت متفائلاً أنّ عدد الإصابات سينخفض إذا ما تعلم المرضى تفحّص أحذيتهم لمواجهة مثل هذه المخاطر. وكنتُ مخطئاً في ذلك.

استغرق طاقمنا سنوات من البحث العقيم ـ وسنوات من العوز والشقاء لمرضانا ـ قبل أن نُدرك إدراكاً كاملاً حقيقة جوهرية في فيزيولوجيا الإنسان: الضغط اللطيف المُتكرر على النقطة ذاتها يُدمّر النسيج الحيّ. تصفيقة واحدة على اليد لا تسبب ضرراً، آلاف التصفيقات المتوالية قد

تُسبب ألماً وضرراً حقيقياً. خلال المشي، القوّة الحركيّة للخطوة الألف ليست بأكبر منها في الخطوة الأولى، إلا أنّه ونظراً لتصميمها فإنّ نسيج القدم صار عُرضةً للأثر المُتراكم للقوّة[١]. العدو الرئيسي للقدم لم يكن الشوك ولا النشارة، إنّما الضغط المتواصل والطبيعي للمشي.

كل شخص سليم يعرف هذه الظاهرة بعض الشيء. أشتري زوجاً جديداً من الأحذية، وأرتديه، ثم أسير به في المنزل والحديقة. سيبدو في الساعات القليلة الأولى جيّداً، لكن وبعد فترة سيبدأ الجلد اليابس بالضغط على إصبع قدمي الصغيرة والحافة القاسية ستنغرز في عقبي. سأعرج غريزيّاً، سأقلل من سرعتي وسأوزّع الضغط على بقية أجزاء قدمي. إذا ما تجاهلت إشارات التحذير، ستظهر نفطة[٢] (blister) وسأشعر بألم حادّ. عند تلك النقطة، سأعرج أكثر وإما - وهذا الأرجح - سأنزع الحذاء الجديد وسأرتدي خُفّاً خفيفاً مريحاً. سيستغرق مني الاعتياد على الحذاء الجديد أسبوعاً في المتوسط، وهي عملية تتضمن التكيّف على كلٍّ من جلد الحذاء وجلد قدمي. سيصير الحذاء ألين ومناسباً لشكل قدمي، بينما ستظهر على قدمي طبقاتٌ إضافية من [النسيج السميك المُسمّى] الثفن (callus) للحماية في نقاط الضغط.

هذه العملية بأكملها غريبة على مريض الجُذام. ولأنّه لا يشعر

---

(١) الضغط المتكرر يدمر فقط النسيج الحيّ. إذا ما ضربت كفّي بكف جثّة، حتى وإن مات حديثاً، فإنّ اليد الميتة لن تتغيّر. بعد نصف ساعة من الضرب المستمر على يد الجثة، ستصبح يدي حمراء متورّمة، وبعد عدة ساعات ستصاب يدي بقُرحة على الأرجح. إلا أنّ يد الجثة لن تتغير. أربكت هذه الحقيقة علم وظائف الأعضاء، ذلك أن اختصاصيّي علم وظائف الأعضاء غالباً ما يستخدمون الجثث لاختبار قوّة النسيج وتحمّله. أنسجة الجثة وببساطة لا تستجيب للضغط المتكرر منخفض المستوى، كحقيقة أنّ الجروح فيها لا تلتئم. في الأنسجة الحية، ظاهرة الالتهاب ترفع مستوى الاستجابة الدفاعية للضغط المتكرر حتى وإن كان يسهم في شفائه. يزيد الالتهاب من الحساسية للألم وعليه يمنع الإنسان من التصفيق لفترة طويلة أو المشي طويلاً في حذاءٍ جديد. (المؤلف).

(٢) النَفْطَة: بثرة تخرج على سطح الجلد تمتلئ بالسائل. (المحرر).

بالألم في إصبع قدمه الصغيرة ولا في كعبه، فإنّ سرعة مشيه لا تتغيّر بداً. إذا ما ظهرت نفطة، سيظل يمشي ذاهلاً عنها. ستنفجر النفطة وستبدأ القرحة بالظهور. حتى وإن ارتدى حذاءه غداً وبعد غد، فإنّه يُدمر في كل مرّة مزيداً من النسيج. لربما انتشرت العدوى حينها. إذا لم تُعالج [القرحة]، فإنّ العدوى الحديثة قد تنتشر في العظام، حيث لن تُشفى حتى يرقد [المصاب بالمستشفى]. بدراسة متوالية لأشعة سينية، عرفنا إلى أي أحد تكون العدوى العميقة فتّاكة: تتناثر قطع صغيرة من شدفة عظمية، ثم تُلفظ مع الإفرازات التي تخرج مع الجروح حتى، وتدريجيّاً، تصل العدوى إلى فقد الأصابع أو حتى القدم كاملة. قد يواصل مريض الجُذام طوال هذا الوقت المشي على موقع الإصابة، دون إظهار أدنى علامة على العرج.

حللنا لُغز أصابع القدم المفقودة - التي تتلف شيئاً فشيئاً بسبب العدوى - السؤال هو كيف يُمكننا إيقاف هذه الدورة؟ لمحاربة مشكلة الضغط المتكرر على القدم منعدمة الإحساس، وجب علينا أن نكون خُبراء أحذية. انطلاقاً من جهلي التام، جرّبت مئات التصاميم، مُجرباً إياها في مشي عادي على الطريق من المستشفى إلى محطة القطار. احتجنا إلى مادة ليّنة تتكيّف مع شكل قدم المريض. وتوَزُّعُ الضغط على منطقة كبيرة، متلائمة مع نَعل متين يمنع قدم المريض من الانثناء. جرّبنا الجبائر اللاصقة، [على هيئة] قباقب خشبية مغطاة بالرمل تغطية ممتازة، والأحذية البلاستيكية المُشكلة من قوالب الشمع. سافرت إلى كالكوتا (Calcutta) لتعلم كيفية خلط مادة متعدد كلوريد الفينيل (polyvinyl chloride)، وإلى إنجلترا لتجربة اللدائن الموضعية. وتوصّلنا أخيراً للتشكيلة الصحيحة: قاعدة من المطاط المسامي، وذراع «عتلة متأرجحة» لقيادة حركة المشي، ونَعل جلدي بتصميم حسب الطلب. كان سادان أول المرضى الذين حصلوا على الأحذية المصممة خصيصاً لهم لارتدائها على قدميه الخشنتين.

دُعم هذا المشروع من مختلف المصادر، بما في ذلك شركة مدراس للمطاط (Madras Rubber Company) وشركة باتا شوز (Bata Shoes)، لم نلبث حتى بنينا مصنعنا الخاص بالمطاط المسامي ووظفنا ستة من صانعي الأحذية المبتدئين في ورشة عمل قريباً من فيلور. ثابرنا [في العمل على هذا المشروع] لعلمنا أننا نستطيع أن ننفع مرضى الجُذام عن طريق تدريب بعض صنّاع الأحذية الجيدين للإسهام في الحد من التشوّهات أكثر من نفعهم عن طريق تعليم جُملة من جرّاحي العظام لتصحيحها.

إشارات اليد

كنا لا نزال نعمل على مشكلة قُرح القدم لما ظهرت على السطح مُشكلة يُحتمل أن تفتك بأوائل مرضانا في جراحة اليد. عاد بعضهم إلى العيادة بخبر مُربك حيث إنّ أصابعهم المتحركة الجديدة كانت قد قصُرت. أقرّوا خجلين، لعلمهم ما بذلناه من وقتٍ وجهد لوحدة أبحاث اليد، أنّ القُرح والتقرّحات ظهرت أسرع بعد العملية بالمقارنة مع ظهورها قبلها.

تمزّق قلبي خلال تفحّصي لجروح اليد الحديثة. حذرني زملائي بقولهم: «لا تُهدر طاقتك على الجُذام يا بُول». كانوا محقين على الأغلب. أحرزنا تقدماً كبيراً في الأساليب الجراحية، لكن ما الفائدة من اليد الحُرّة إذا ما كان سيعطّلها المريض على أية حال؟ عالجنا الجروح ولففنا عليها جبيرة باريس. عاد المرضى ذاتهم بعد أشهر بعلاماتٍ جديدة لتضرر الأنسجة.

حيّرني هذا النمط لأشهر، وهدد بإنهاء برنامجنا لمعالجة الجُذام بأكمله. كان علينا التوصل إلى سبب إصابات اليد قبل المضي قُدماً، كما فعلنا مع إصابات القدم. قررت قضاء المزيد من الوقت مع المرضى ممن خضعوا لإعادة التأهيل بعد الجراحة وذلك لمراقبة برنامجهم الطبيعي. يعيش العديد من المراهقين الذكور في قرية مؤقتة مبنية أكواخها من الطين وسقفها من القش قريباً من فيلور. طلبنا من هؤلاء الصبية، وكان عددهم

حوالي خمسة وعشرين، مساعدتنا في كشف الغطاء عن لغز الجروح الغامضة.

أجريت بدايةً مسحاً أساسيّاً، متتبعاً مخططات لأيدي أولئك الصبية على قطعة من الورق مُحدداً كل ندبة أو علامة لتضرر الإصبع. كُنت أزورهم يوميّاً، لأسابيع بل لأشهر، أتفحص أيديهم وأقيسها، وأراقبهم خلال العمل، وأدرس كل ما دقّ من اختلال. لم يمضِ وقت طويل حتى اكتشفت أنّ هؤلاء الصبية الذين اتخذوا احتياطاتهم ضد التعرض للجروح قبل الجراحة يقذفون بأنفسهم في مزيد من المتاعب لاحقاً. بالقدرة الجديدة على الحركة والقوة التي اكتسبتها أيديهم، يميل هؤلاء الصبية للعمل أكثر، وبالتالي التعرض لمزيد من المخاطر.

قبضت على بعض الأشقياء فوراً. رجلٌ شاب كان يعمل نجاراً. غادر عيادتنا بمعنويّات عالية منذ عدة أشهر، مزهوّاً بأنّ أصابعه التي كانت يوماً ما مشلولة تلتف حول ذراع المطرقة، متشوّقاً لاستعادة مهنته التي ظنّ أنّه فقدها للأبد. أنا أيضاً كُنت متحمساً أنه وجد مصدراً للرزق، إلا أنّه لا هو ولا أنا قد استشرفنا مخاطر العمل في النجارة دون ألم.

لمّا ظهرت نفطة ضخمة على يده، علمتُ مباشرة أن سببها شظية من ذراع المطرقة؛ كان يدق شظية خشبية على راحة كفّه طوال اليوم. صممتُ ذراعاً أسمك ومحشوة لمطرقته، حالّاً مشكلة الشظايا [على الذراع الخشبية]. ثم لاحظت أنّ أنامله قد عُسِفت، لذا علّمته أن يُمسك المسامير بالزرادية. كان عليّ الاستعانة بما تعلّمته في السابق من دراستي للإنشاء والتعمير لتصميم الجبائر التي تحمي يديه من الأدوات التي قد تُشكّل خطراً عليه مثل المسحاج والمنشار. كنتُ أتساءل منذ أيامي في كلية الطب ما إذا كنتُ قد بددتُ تلك السنوات الخمس في حقل الإنشاء والتعمير. ومُمتنٌ أنا الآن أنّي وجدتُ ما يعوّض عليّ طريقي المهنيّ الملتوي.

لكل مهنة مخاطرها. كان مزارعٌ شابّ يستخدم المجرفة طوال اليوم،

دون أن يلاحظ أنّ شظيةً نتقت عن الذراع وانغرزت في راحة كفّه. والآخر حطّم يده بجاروف ذراعه مكسورة ثُبّتت [أجزاؤه] بأربطة. وحلاق فقد إصبعه الخُنصر وإصبعه الأوسط بسب الضغط المُتكرر للعمل مع المقصّ. بعض التعديلات على هذه المسكات والأذرع تجعلها أكثر أماناً [للمرضى الجُذام].

أحد أنبه المرضى، صبيٌّ يُدعى نامو (Namo)، مرّ بانتكاسته الكُبرى الأولى عندما تطوّع لحمل جهاز الإنارة لزائر أمريكي مرّ بالمنطقة لتصوير فيلم بكرة (Footage) لعملنا. نظراً لانعدام حساسيته للألم، لم يلحظ نامو أنّ ذراع الجهاز صارت حارّةً (سقطت المادة العازلة التي كانت تحيط بها). ما إن أنزل الإضاءة للأسفل، حتى رأى البثور الوردية اللامعة تطفو على يديه. هرع خارجاً من الغرفة وتبعته. وبلا تفكير سألته: «نامو، هل يؤلمك؟»

لن أنسى ما حييت ردّ نامو الشجيّ: «تعرف أنه لا يؤلمني!» قالها باكياً ثم أكمل: «إني أعاني في ذهني لأني لا أستطيع أن أعاني بجسدي».

طوال الوقت الذي كُنت أتتبع فيه الإصابات، خطر لي شكٌّ يتضخّم في عقلي. شاركت فكرتي مع مرضاي في أحد الأيام، [فقلت]: «رأينا أنّ الناس الذين يتحدّثون عن «الجسد الفاسد» للمصاب بالجذام كانوا على خطأ. أجسادكم سليمة سلامة جسدي. المُشكلة هي أنّكم لا تشعرون بالألم لذا يسهل عليكم جرح أنفسكم. وما زلتم متعاونين للغاية في تحديد أسباب العديد من إصابات اليد. ولدي نظرية أرجو منكم مساعدتي في اختبارها. ماذا لو افترضنا أن **كل** الندوب حدثت بسبب الحوادث، وليس بسبب الجُذام نفسه؟».

طلبت من المرضى الانضمام إليّ في تحرٍّ بوليسي: سنتتبع معاً سبب كل إصابة. سنجتمع أسبوعيّاً، وعلى كل صبيّ قبول مسؤوليته عن إصاباته. لن يأتيَ أحد ويقول عن الجرح إنّه «ظهر من تلقاء نفسه»، ولا

«هذا ما يفعله الجُذام». إذا ما اكتشفت نفطة جديدة في باطن البراجم أو التهاباً في الإبهام، فإنّي أريد توضيحاً، بغض النظر عن بُعد احتماله.

يُخفي بعض الصبيان جروحهم بداية. سنوات من الرفض كيّفتهم على التستر على الجروح، ووجدوا أنه من المخزي الاعتراف بجروحهم اعترافاً عامّاً. وعلى العكس منهم كانت جماعة أخرى من الصبية («الأشقياء» كما نُسمّيهم) بدوا مُستمتعين استمتاعاً راضياً بانعدام الألم لديهم. يُعجب هؤلاء الأوغاد إفزاع الناس. غرز أحدهم شوكةً في راحة كفّه حتى خرج رأسها من الجهة الأخرى كإبرة الخياطة. أشعر أني أحياناً ناظر مدرسة، مع إحساس غريب أني أُعرّف الصبية بأعضائهم، متوسّلاً عقولهم أنْ تُرحّب بالأجزاء التي لا تحس في أجسامهم.

كان من اليسير الظنّ أنّ الأولاد مُهملون أو غير مسؤولين حتى بدأت بإدراك وجهة نظرهم. الألم، مع ابن عمه اللمس، متوزّع عموماً في الجسم، مُقدّماً نوعاً من الحدود **للذات**. فقدان الشعور يُدمّر ذلك الحد، ومرضاي الآن لم يعودوا يشعرون بأيديهم وأقدامهم بوصفها أجزاء من الذات. حتى بعد إجراء العملية، كانوا يميلون إلى اعتبار أيديهم وأرجلهم المُرممة أدواتٍ أو لواحق اصطناعية. يفتقرون إلى الشعور الغريزي البدائي لحماية النفس الذي يُقدمه الألم بطبيعته. قال لي أحد الصبية يوماً: «لا أشعر أنّ يديّ وقدميّ جزء منّي. كأنها أدوات أستطيع استخدامها. إلا أنها ليست أنا فعليّاً. أستطيع رؤيتها، لكنها ميّتة في عقلي»، غالباً ما كُنت أسمع تعليقات مُشابهة، مؤكدةً الدور الجوهري الذي يؤديه الألم في توحيد الجسم الإنساني.

بمرور الأسابيع، تعمّقت الرسالة أخيراً، وانضمت المجموعة إلى التحرّي البوليسي. كلما اكتشفنا جُرحاً، كنّا نفحصه بدقة بحثاً عن السبب، ثم نضع عليه جبيرة لنمنع الإصبع أو اليد عن الحركة حتى يلتئم. كنّا نكشف ويوميّاً عن أسباب غريبة للجروح العفوية، ونشعر بفخر من نوع

خاص إذا ما استطعنا حلّ حالة صعبة. ومن ذلك، على سبيل المثال، تشكّل لدى بعض الصبية دمامل بين أصابعهم. اكتشفنا أن فُقّاعات الصابون تعلق بين فُرجات أصابع اليدين والقدمين المشلولة جزئيّاً؛ حيث يصبح الجلد طريّاً، ثم يتفسّخ، ثم وتدريجيّاً تظهر الشقوق.

عادة ما نستطيع منع الإصابة من الحدوث مجدداً ما إن نضع أيدينا على مصدرها. استغرقت الأمور أسابيع لفك لغز البثور التي تظهر أحياناً على براجم المريض خلال الليل. بدا أنّ أحد الصبية حساس حساسية مختلفة. فحصناه ليلاً ووجدناه سليماً وبيدين لا تظهر عليهما أيّ علامة؛ وفي الصباح التالي ظهر خط دقيق من النفطات ظهوراً مُحيّراً. كيف يُمكن أن تحصل الإصابات خلال النوم؟ هل نشأت هذه التقرحات عن الضغط؟ اختبرناه في وضعيات نومه، وبحثنا في غرفته عن أي مقابض أو أدوات حادة.

وأخيراً، حدد رفيق غرفته المتوقّد المشكلة. يُحب هذا الصبّي الذي ظهرت عليه النفطات القراءة خلال الليل. وقُبيل استعداده للنوم، كان يُطفئ الفنار بلف مقبض حديد ليسحب الفتيل. وبفعله هذا، يفرك بظاهر كفّه، عديمة الحس للحرارة والألم، على الأكرة الزجاجية، مُحرقاً الجلد حرقاً بخط متّصل على طول ثلاثة أصابع. ثبّتنا مقابض كبيرة وطويلة في جميع الفنارات، ولم يعد للقرّاء السهارى القلق حيال النفطات.

تعلّم المرضى معرفة ٩٠٪ من الجروح العفوية. [تضمّنت تلك المعرفة] وإلى حدٍّ كبير أغلب الإصابات المُحيّرة بما في ذلك الاختفاء المُفاجئ لجزء كامل تقريباً من إصبع في القدم أو في اليد. في لقاءاتنا اليومية يظهر لنا مُصاب بالجُذام ما بين فترة وأخرى ليُرينا خجلاً بقعة حديثة ودامية، حيث اختفت قطعة من الجلد طولها إنش تحيط بإصبع يد أو الإصبع الكبيرة في القدم، ويبدو العظم ظاهراً. كان هذا الشيء الشاذ معضلةً لنا، متحديةً كل ما تعلمناه، حتى حللنا اللغز، ووضع نظريتنا

بأكملها محل التطبيق. لم أجرؤ على إبلاغ طاقم المستشفى بالمشكلة، إذ سيبدو أنّها تُؤكد أسوأ الخرافات عن أصابع اليدين والقدمين المجذومة ألا وهي «أنها تسقط».

دائماً ما يُلاحظ الشخص المكروب فُقدان الإصبع في الصباح. هناك شيء مشؤوم يحصل خلال الليل. حلّ أحد المرضى هذا اللغز بالسهر طول الليل في وضعية المراقبة حيث كان يُتابع مشهداً مأخوذاً مُباشرة من فيلم رُعب. في منتصف الليل، تسلق جرذ إلى سرير زميله المريض، يتشمم المُحيط بدقة، يتحسس إحدى الأصابع، ثم ولما لم تكن هناك مقاومة، بدأ بقضمه. صرخ الرّاصد، موقظاً الغرفة بأكملها مُخيفاً الجرذ. عرفنا أخيراً الإجابة: لم تكن أصابع أيدي الأولاد وأقدامهم تسقط، بل كانت تُقضم!

أبشع سبب للجروح العفوية علاجه يسير. وضعنا أولاً فخاخاً للقوارض ووضعنا حواجز حول أسرّة مرضانا. ما زالت المُشكلة قائمة، فتوصّلنا إلى حلّ أكثر فاعلية: ذهبنا إلى مشروع تربية القطط، متتبعين سُلالة قطّ سيامي أصيل صائد ممتاز للجرذان. ومن ذلك الحين، لم يُمكن لأي مريض بالجُذام مُغادرة مركز التأهيل دون رفيقه من الهررة. اختفت مُشكلة أجزاء الأصابع المفقودة خلال فترة قصيرة للغاية تقريباً.

لن يتحرر أبداً

بدأت العمل في حقل الجُذام برغبة واحدة تمثّلت في إصلاح الأيدي المتضررة. بمرور الوقت، قابلت تحدّياً أكبر تمثّل [بكل بساطة] في حماية مرضاي بالجذام من الإضرار بأنفسهم. ظهرت مخاطر أخرى، تُشبه ثُعبان الهايدرا (Hydra)، لتحلّ محلّ تلك التي حللناها سابقاً. وضعنا قوائم من القواعد للمرضى، [منها]: لا تمشِ أبداً حافي القدمين، وتفحّص يديك وقدميك يوميّاً، ولا تدخن (نعالج أحياناً «جرح القُبلة» وهو اسم لآثار الحرق المتجاورة التي تُحدثها السيجارة إذا ما أمسكتها الأصابع عديمة

الإحساس لفترة طويلة)، وغط الأشياء الحارة بالقُماش، وفي حال شككت [بشيء]، فارتدِ القفازات، واستخدم زيت جوز الهند لتليين الجلد ومنع التشققات، ولا تأكل في السرير (حتى لا تأتي الجرذان والنمل)، وإذا ما صعدت الحافلة أو الشاحنة، فلا تجلس قريباً من المحرّك الحار أو تضع قدميك على الأرضية الحديدية، واستخدم دائماً الكوب المُثبت به عروة خشبية.

استطعنا بمرور الوقت أن نقلب الموازين [ونكسب المعركة]، وانخفضت حوادث الجروح العفوية انخفاضاً حادّاً. وفعلاً، كان مرضاي الأشدّ حرصاً يبقون أيديهم وأقدامهم بعيدةً عن أي ضرر حقيقي. حتى أكثر المرضى المتبرمين، ممن انضم للمجموعة لأجلي، أدركوا الرؤية التي سعيت لأجلها. كانت مجموعتنا الصغيرة في فيلور تُحارب في معركة صليبية، أكثر من كونها تروّج لنظرية عملية باردة: [ألا وهي] المُساعدة في قلب الطاولة للتحامل القديم المُمارس ضد الجُذام. بإمكان عقاقير السولفون الآن إعاقة المرض؛ والرعاية المُناسبة ستمنع على الأغلب التشوّهات التي تجعل من الجُذام شيئاً مُريعاً.

بعملنا مع المرضى يوميّاً، كان أكثر ما يسرّنا رؤية أنّ الشعور بأهمية «الذات» ينبعث تدريجيّاً، وبشكل لا يُمكن منعه، في الأجزاء التي لم يكونوا يشعرون بها من أجسادهم. كانوا يحملون على عاتقهم ـ طبعاً ـ نوعاً من المسؤولية الأخلاقية حيال أعضائهم فاقدة الإحساس، وهو التوجّه الذي يتقبلونه في مقابل ذاك التوجّه في نفورهم السابق [منها]. اصطحب الشعور بالذات معه الأمل، كما يصطحب الأمل معه، أحياناً، الإحباط. وبذلك نأتي إلى قصة رومان (Roman) المعتزّ بنفسه.

رومان، المُراهق الجسيم المُنحدر من أسرة أنغلو ـ هندية، كان أحد أكثر مُخبرينا اجتهاداً ونشاطاً. ومثل العديد من الأنغلو ـ هنود، تمتّع رومان بمستوى صحي من الثقة بالنفس، وكان يشعر بفخرٍ عظيم حيال يديه

غير المتضررتين [بالندوب]. لم نحتج أبداً إلى تشجيع رومان ليتعاون معنا في مشروعنا، إذ كان يبتهج بالإبلاغ عمّن قد يُحاول إخفاء جُرحه.

استأذن رومان مرة لزيارة مدراس ليقضي الإجازة مع عائلته. قال لي: «أريد العودة إلى حيث رُفضت». سابقاً، لما انثنت أصابعه لتصبح في هيئة المخالب، عامله الناس كأنّه منبوذ. والآن، بيدين مرنتين، أراد أن يُجرّب هويته الجديدة في مدراس، المدينة العظيمة. راجعنا جميع المخاطر التي قد يُواجهها، وصعد رومان بحماس القطار إلى مدراس.

عاد بعد يومين بهيئة مُثيرة للشفقة وكسيرة، عاد رومان مختلفاً عمّا عهدته. غطّت ضمادات من الشاش الرقيق كلتا يديه. وكانت كتفاه مسدلتين، وبالكاد استطاع التحدّث إليّ دون بكاء. قال متأوّهاً: «أوه د. براند، انظر إلى يديّ، انظر إلى يديّ. .»، مرّ وقتٌ قبل أن يخبرني بالقصّة كاملة.

في الليلة الأولى له في منزله، احتفل رومان بلقاء لمّ الشمل العائلي البهيج. قال لهم: إنّه ثبت أنّ [نتيجة الجذام] سلبية، وبعد إجراء عدة عمليات على يديه، استطاع أن يبدأ البحث عن عمل. شعر أخيراً أن عائلته قبلت به. بسعادة غمرته لم يكن لها مثيل منذ سنوات، دخل ليستريح في غرفته القديمة، الشاغرة منذ سنوات، لينام على المفرش المنسوج والمفروش على الأرض.

أوّل ما فعله رومان في الصباح التالي هو تفقّد يديه، كما درّبناه. أرعبه وجود جرح دامٍ على ظاهر إصبعه الأوسطى في يده اليُسرى. الإصبع التي عملتُ عليها بلا جلدٍ على ظهرها الآن. عرف رومان الأمارات: نقاط من الدم وآثار على الغبار تؤكد أنّ جرذاً زاره خلال الليل. لم يُفكّر باصطحاب هرّته معه لزيارة نهاية الأسبوع.

تمالك رومان غيظه وكربه طوال ذلك اليوم، [وأخذ يتساءل] ما إذا كان عليه العودة إلى فيلور مبكّراً، وخرج لشراء فخ للجرذ، إلا أنّ

المحلات كانت مُغلقة للإجازة. قرر أن يقضي ليلة أخرى، وعصاً بجانبه هذه المرّة. أجبر نفسه على أن يبقى يقظاً تلك الليلة لينتقم من ذلك الجرذ.

قضى رومان ليلة الأحد جالساً على مفرشه ومصالباً قدميه، ومُسنداً ظهره إلى الجدار، يقرأ كتاباً. قرر إبقاء عينيه مفتوحتين وذلك حتى الساعة الرابعة صباحاً، حيث تصاعدت أصوات [ساكني المنزل]، فلم يستطع مقاومة النوم. غفا رومان وهو ما زال في الوضعية نفسها. انسلح الكتاب نحو ركبتيه، وانزلقت يده إلى الجهة الأخرى حيث الفنار الساخن.

وهذا ما يُفسّر وضع يده المُضمّدة الأخرى. لما استيقظ النهار التالي، رأى أن مساحة كبيرة من الجلد على ظاهر يده اليُمنى قد احترقت. حدّق بيديه غير مصدقٍ ومحبطاً. ذاك الذي كان يعظ الآخرين بأخطار الجُذام فشل الآن في حماية نفسه.

فعلت ما بوسعي لتطمين رومان. ليس هذا هو وقت التوبيخ. بعد أشهر من التوقّعات العالية في فيلور، رحلة نهاية أسبوع واحد لمدراس بددت ثقته بنفسه. قال لي لمّا استطاع أخيراً الحديث عن الحادثة: «شعرت وكأني فقدت حريتي كلّها»، ثم سألني السؤال الذي لم يغب عن ذهني [قط]، والدموع تغمره: «د. براند، كيف أستطيع أن أكون حُرّاً دون ألم؟».

نشر الخبر

الوقاية مما يُمكن تحاشيه من الإصابات لا تستغرق لحظة تفكّر عند معظم النّاس. انعكاس الألم سيلقي باليد بعيداً عن الجسم الساخن، يأمر بالعَرَج إذا ما كان الحذاء ضيقاً للغاية، ويُفزع النائم إذا ما تشمم جرذ يده. بحرمانهم من ذاك الانعكاس، يتوجب على مرضى الجُذام التفقد الحذر لما قد يُؤذيهم. إلا أنّ العقل الواعي يفعل العجائب ليعوض فقدان

هذا الانعكاس. ضربنا المتواصل على وتر الأخطار أثمر أخيراً: بنهاية إحدى السنوات، أثبتنا أنّه لم تقصّر أي إصبع لأي صبيّ كان ضمن تجربتنا.

طلبت من مرضانا أنْ يتوقّعوا، وذلك لصالح «تحرينا البوليسي»، النظرية الثورية التي تُشير إلى أنّ جميع الأضرار التي تصيب اليدين والقدمين متعلقة بانعدام حساسيتهم للألم. أصبحوا مهرة للغاية في تتبع أسباب الإصابات للحد الذي جعلني متأهباً لمخاطبة العامة بالنظرية التي تقول بأنّ **انعدام الألم كان هو العدو الوحيد**. يُصمت الجُذام الألم كليّاً، والأضرار الأخرى ما هي إلا الأثر الجانبي لانعدام الألم. بصيغة أخرى، كل الأضرار التالية [للإصابة بالجُذام] يُمكن الوقاية منها.

أُدرك أنّ هذه الفكرة تأتي معترضةً مئات السنوات من التقاليد، وأنّ المُجتمع الطبيّ سيستقبل النظرية الجديدة بالشك. إلا أنّ مرضاي ـ النجّار، والأولاد المصابين بقُرح القدم، ونامو، ورومان ـ قد أقنعوني بأنّ انعدام الألم، وليس الجُذام، كان المُجرم النذل. نستطيع الآن تحديد الأسباب الخفية للإصابات الفعلية في فيلور، وجميعها كانت التأثير الجانبي [للجُذام]. تخلصنا للأبد من العذر الذي اعتاد المرضى تقديمه طوال الوقت، [ألا وهو]: «حدث من تلقاء نفسه. إنه شيء متعلّق بالجُذام».

إذا ما كُنّا على حقّ، فإنّ المنهجية الرائدة لمعالجة الجُذام تحل نصف المشكلة فقط. أساليب إيقاف المرض عن طريق عقار السولفون لم تكن كافيةً أبداً؛ العامل السليم ينبغي عليه أيضاً تنبيه مرضى الجُذام حول مخاطر الحياة بلا ألم. أدركنا الآن سبب استمرار مُعاناة الحالات حتى «حالة الاحتراق التام» حيث لا وجود لعصبيّات نشطة من شناعة [المرض]. حتى بعد «تطبيب» الجُذام، سيستمر فقدان المرضى لأصابع أيديهم وأقدامهم وأنسجة أخرى إذا لم يتلقوا التدريب المُناسب، ذلك أنّ فُقدانهم

[لها] ينشأ عن غياب الألم. بدأت أشعر بأن الوقت حان لإيصال الرسالة إلى مراكز الجُذام الأخرى.

قدت السيّارة مُتجهاً إلى مستشفى تبشيري للجُذام، وهو فاداثوراسالور (Vadathorasalur)، مع شيء من التوجّس ذلك أنّها محاولتي الأولى لإقناع الآخرين بتبنّي المنهجية الجديدة لمنع الندوب. مُديرة المُستشفى، مُمرضة دانيماركية ذات قوام عسكري واسمها الآنسة ليليلُند (Miss Lillelund)، كانت فخورة بمعايير مُستشفاها الإسكندنافية في التعقيم والفاعلية، وكانت تحكم المرضى والطاقم بقوى مطلقة الدكتاتورية. مستشفاها متخصص في العناية بالأطفال المُصابين بالجذام[1]، وعرفت أنّه خلف القناع الحازم للمُمرضة ليليلند يقبع حُب عميق واهتمام بأطفالها. وأعرف أنه إذا ما اقتنعت المُمرضة ليليلند بالمنهجية الجديدة، فإنّ المجذمات جميعها ستقتفي أثرها.

يزور فريقنا الجراحي فاداثوراسالور كل ستة أسابيع، وفي كل مرّة كنا نتّبع نظاماً مُعيناً. نبدأ أولاً بمراسم الاستقبال: درّبت المُمرضة ليليلُند مرضاها على التجمّع في الفناء في تشكيلة معينة [لاستقبالنا]. ثم نستريح في غرفة المُديرة لتناول شاي الصباح. ولمثل هذه المُناسبات، كانت قد عينت أحد المرضى الصغار ليكون بونكاه والاه (punkahwallah)، أو حامل المراوح. مروحة البونكاه تتكوّن من بساط كبير مُحاك مثبتٍ بحزمة من الخشب تتدلى من السقف حيث تُمسكها سلسلتان. كان لبونكاه والاه القيام بالمهمة الشريفة والرتيبة لسحب الحبال والبكرات بطريقة تضمن حركة البساط ذهاباً وإياباً في سرعة ثابتة، مُحركة الهواء في الغُرفة. بينما جلسنا للتحدث إلى الممرضة ليليلُند خلال شرب الشاي، كانت حركة البساط تتباطأ، حتى صرختْ

(١) أُنشئ هذا المستشفى عام ١٩١٦م لتقديم الرعاية المستمرة لمرضى الجُذام آنذاك، لتتوسّع أنشطته لاحقاً وتشمل الجراحة والأمراض الجلدية وحقولاً طبية أخرى. (المترجمة).

فجأة: «بونكاه والاه!» جمدنا في مقاعدنا، فتسارعت فوراً حركة البساط، ثم استمر الحديث.

المرة الأولى التي عرضت فيها ما توصلنا إليه فيما يتعلق بالجُذام على الممرضة ليليُلند كان في إحدى تلك الجلسات النهارية لاحتساء الشاي. وصفت بالتفصيل الاختبارات التي أجريناها في فيلور وعرضت استنتاجنا الأولي بأنّه يُمكن الوقاية من كل ما يضرّ الأنسجة في مرضى الجُذام، وقلت: «أبلغ مشكلاتهم تكمن في افتقارهم للألم، وعملنا هو تعليمهم كيفية العيش دونه».

أنصتت المُمرضة ليليُلند [إلينا] باهتمام، إلا أنّي استطعت رؤية الإشارات التحذيرية في جبينها المتجعّد، وتوقّع ما تخفيه عيناها. قلتُ مُقترحاً: «لِمَ لا نذهب للأكواخ والردهات لنزور المرضى؟» وافقت على ذلك، وبينما كنا نتمشى في الأروقة شديدة النظافة لاحظت فوراً علامات مُريبة على الأيدي والأقدام. أشرت إلى قُرحة على راحة يد صبي، وقلت: «هذا هو نوع الإصابة الذي كنت أتحدث عنه. وكما تعرفين، فإنّ جميع الطرق المؤدية إلى هنا مسيّجة بالشُجيرات ذات الأشواك الطرية. وأتساءل إذا ما كانت القرحة تكوّنت لما تسلق شُجيرة فانغرزت فيه شوكة دون أن يعلم بها».

قالت المُمرضة ليليُلند: «لا!»، ثم انفجرت: «لا! لا! لا يفعل أولادي ذلك أبداً! بالإضافة إلى ذلك، فإنّهم إذا ما أصيبوا بأدنى جُرح يُخبرون عيادتي فوراً. هذه هي **عدوى** الجُذام التي نبحث عنها. هذه ليست إصابات»، أدركت الآن القضية الحقيقية: ترى الممرضة ليليُلند أنّ أي فكرة تدور حول أنّ مرضاها قد أهملوا حماية أنفسهم إساءة شخصية لها.

لحسن الحظ أنّ الممرضة ليليُلند لديها الالتزام الشمالي (Nordic's commitment) المتعلّق بالمنهجية العلمية. وافقت على أن تسمح لي بإجراء مسح على مرضاها للبحث عن إصابات اليد الجسيمة. ولم نلبث حتى

جمعنا [الصبية] كلهم في تنظيم [معيّن]، وقوفاً بانتباه مادين أيديهم. سرت بين الصفوف، مُتتبعاً لأي مشكلة. أحصيت ١٢٧ مريضاً ممن ظهرت عليهم علامات الجلد المتفسّخ أو المتورّم. قدّمت الأسباب المُحتملة خلال تفحّصي إياهم: شظايا من قطعة خشب حرشة، حروق من كوب قهوة حديدي أو مقلاة الطبخ.

كانت الممرضة ليليُلند بادئ الأمر، وهي واقفة معي، تحاول الدفاع عن مرضاها. قالت عن قُرحة صغيرة على نسيج إبهام صبيّ إنه: «أوه! إنه ليس بشيء»، علّقت بأنّ هذه القُرح الصغيرة تميل إلى أن تتطور حتى تصبح كبيرة، وأخبرتها أن بعض المرضى ممن فقدو إصبع الإبهام [كان فقدهم إياها] نتيجة للعدوى في المكان نفسه. وبسرعة الضوء حوّلت كلامها إلى الطفل قائلة: «لِم لم تبلغني بذلك، أيها الشاب الصغير؟».

في منتصف الجولة كانت الممرضة ليليُلند قد انكمشت تماماً. لم تعد تحاول الدفاع عن أساليبها. رؤية عدد كبير من إصابات اليد أقنعتها بضرورة الوقاية، وقد عبّرت عن نفسها بأنها تشعر بالخزيّ والغضب والحَرَج. وعدتني بقولها: «صدّقني، سأستعيد النظام!»، ولم أشك بها للحظة. بعد أن أنهينا المسح، جمعت جميع المرضى وطلبت مني إلقاء محاضرة في منع الإصابات. تحدّثت لنصف ساعة، مُتيحاً للممرضة ليليُلند الوقت الكافي لاستجماع اتّزانها والإتيان بخطة.

وقف مرضى الجُذام باحترام بينما كنتُ أتحدث، وبدا قطعاً أنّهم معتادون على مقام المحاضرات. بدا على أغلبهم تعابير فاترة ومتبلدة، وتساءلت عن عدد الذين فهموا رسالتي. لم يكن علي القلق حيال ذلك [إذ] أتبعت المُمرضة ليليُلند محاضرتي بكلمتها.

أعلنت المُمرضة التالي: «سُمعة مؤسستنا على المحك، يجب أن نشعر بالعار! أيها الأولاد إنكم تعرضون أنفسكم للإصابات ولا تخبروننا بذلك. ومن الآن فصاعداً، سأجري فحصاً شاملاً كل ثلاثة أيام. إذا ما

وُجد أنّ أحدهم تعرض لجُرح لم يبلغ عنه في حينه فإنّه لن يحصل على تموين الطعام المنزلي. جميع الوجبات سيتم تناولها في المقصف». سرت التأوّهات بين الحشد. اتّخذت المُمرضة ليليلُند الرادع الأقوى زجراً. يكره الجميع طعام الكافيتيريا الماسخ ويُقدّرون امتياز طبخ الوجبات الخاصة، بالطريقة الهندية، على أفران الفحم في المساكن.

تركت فاداثوراسالور بمشاعر مختلطة، غير متأكّد مما إذا كُنّا قد حققنا هدفنا في بثّ روح الأمل والتحفيز للمرضى في مستشفى الممرضة ليليلُند. إلا أنّه وبعد ستة أسابيع، شهدتُ نتائج لا يُمكن إنكارها. أجرينا فحصاً دقيقاً آخر لليد، ولم أجد هذه المرّة ١٢٧ يداً مُصابة، بل ٦ ندوب، وجميعها تمّ لفّها لفّاً جيّداً بالضمادات أو اللواصق. لم يكن تألّق المُمرضة ليليلُند من فراغ. دُهشت بنتائج حملتها. بقليل من [الشخصيات التي تُشبه] المُمرضة ليليلُند، سنستطيع تغيير مسار الجُذام.

١٠

تغيير الوجوه

«نحن لسنا ذواتنا، إذا ما أمرَت الطبيعة، الظليمة، العقل أن يُعاني مع الجسد»

شيكسبير، من مسرحية كنغ لير (Shakespeare, King Lear)

في عام ١٩٥١م، أصبح مستشفى فيلور المستشفى العام الأوّل الذي يبني جناحاً خاصّاً بمعالجة مرضى الجُذام. لمّا انتشر خبر أنّ هناك مستشفى في فيلور يُمكنه أن يُعيد اليد المخلبية للعمل، امتلأت ساحاته بالمرضى، والعديد منهم مستوّلون فقراء معدمون تجمهروا في الفناء وبدؤوا بتسوّل أماكن لهم على بوابة المستشفى. حتى الجناح الجديد لا يُمكنه استيعاب كل هؤلاء الناس، ومرّة أخرى تلقى بعض أفراد الطاقم إصرارنا على مُعالجة الجُذام بالنقد.

ساعدنا هذه المرّة سياسي هندي نافذ، مُرشّح حركة الاستقلال الذي سبق أن عمل مع المهاتما غاندي (Mahatma Gandhi)[١]. جاء د.تي.

(١) المهاتما غاندي (Mahatma Gandhi) (١٨٦٩ ـ ١٩٤٨م): محام هندي صار لاحقاً قائداً للحركة الوطنية ضد الحكم البريطاني في الهند. عُرف عالمياً بعقيدته في التظاهر السلمي لتحقيق التقدّم السياسي والاجتماعي. (المُترجمة).

إن. جاغاديسان (Dr.T.N.Jagadisan) إلى ليفور أساساً بوصفه مريضاً بالجُذام، ولعله أشهر مريض عالجناه. عاد إلى منزله متباهياً «بيديه الجديدتين» ورشّحني للجنة التي تُدير الصندوق الائتماني الذي أُسّس بعد وفاة غاندي. لطالما أبدى غاندي تعاطفاً كبيراً مع الطبقة الاجتماعية المنبوذة (Untouchable Caste) ـ سماهم هاريان (Harijan) أو «أطفال الرّب»[(١)] ـ والعديد من ضحايا الجُذام انحدروا من تلك الطبقة. وكسراً للمحظور، كان يُمرّض بنفسه مريضاً بالجذام يقطن قريباً من أشرمه (Ashram)[(٢)]. كان تكريماً [لمقام المهاتما غاندي]، ثم تمّ استخدام بعض الإسهامات التذكارية في منظمة غاندي التذكارية للجُذام (The Ghandi Memorial Leprosy Foundation)، التي يرأسُها ابن المهاتما، ديفاداس غاندي (Devadas Gandhi).

كُنت الأجنبيَ الوحيد في اللجنة. كُنّا نُقيم لقاءاتنا في الكوخ الذي قضى فيه غاندي سنواته الأخيرة، نجلس على هيئة اليوغا على الأرض مُشكلين دائرة تُحيط بالبساط البسيط للرجل العظيم. البقيّة، كل شيعة غاندي الذين أصبحوا قادة سياسيين، يرتدون إزار الدوتي (dhotis) المصنوع من القطن الخشن، ومُقْتفين أثر المهاتما في طقوسه، كانوا يستخدمون مغزلاً مصنوعاً من النحاس في غزلِ قماشٍ من البكرات الصغيرة للقطن الخام[(٣)] بينما كُنّا نُجري أعمالنا [خلال اللقاء].

لما عرفوا باحتياجاتنا، ساعدتنا منظمة غاندي بشراء بيتٍ كبيرٍ قريبٍ

---

(١) الرّب في عقيدة المهاتما غاندي ليس هو ربنا الواحد الأحد، الفرد الصّمد، الذي لم يتّخذ زوجةً ولا ولداً. (المُترجمة).

(٢) الأشرم (Ashram): اسم لمقر العبادة في الهند. (المُترجمة).

(٣) للمغزل (spinner) رمزيته الثورية الكُبرى في تعاليم المهاتما غاندي حيث بدأ الغزل لما حبسته السُلطات البريطانية إبّان حركته السياسية، ليواصل الغزل بعد إطلاق سراحه تطبيقاً منه لدعوته أن يُباشر الهنود معايشهم ومنها صناعة ملابسهم بأنفسهم عوضاً عن استيرادها والاعتماد على غيرهم. (المُترجمة).

من مستشفى فيلور ليكون نُزلاً لمرضى الجُذام. بادئ الأمر، جيران النُّزل، ممن لم يتقبلوا مجاورة مرضى الجُذام، رموا النوافذ بالحجارة وتغوطوا على العتبات. مع ذلك، فإنّه وبمرور الوقت تكيّف الحيّ وانتقل مرضانا الجلدون لقضاء فترة نقاهتهم إلى «الرقم ١٠».

حياة جديدة

لمّا عرفنا كيفية التئام الجروح القديمة ومنع الجديدة، كنت أتطلع إلى أن يستقر عملنا في حقل الجُذام في نظام يُمكن إدارته لجراحة اليد والتأهيل. إلا أنّ أزمة جديدة وغير متوقعة طفت على السطح لمّا عاد بعض أفضل مرضانا إلى فيلور، قانطين، جون كريشنامورثي، أوّل متطوّع للجراحة، كان منهم. لمّا ظهر في زيارة غير مجدولة بعد عدة أشهر من جراحته التصحيحية، رحّبت به ترحيباً دافئاً، وتلقيت بالمقابل ردّاً بارداً، فسألته: «جون، هل من خطب؟ تبدو فعلاً بخير».

أعلن، كما لو كان قد تدرّب على خطاب مكوّن من سطر: «د. براند. هاتان ليستا بيدين سليمتين»، انتظرته، إلا أنّه لم يزِد على ما قاله.

سألته أخيراً: «ماذا تعني يا جون؟» وقلت: «تبدوان جيّدتين. من الواضح أنّك مُداوم على التمارين التأهيلية، وتستطيع الآن تحريك أصبعك العشر كلّها. كما اهتممت بتلافي حدوث المزيد من الإصابات، وعملنا معاً ولشهور على هاتين اليدين، يا جون. أظن أنهما جميلتان».

قال جون: «نعم، نعم، إنهما يدان سيّئتان للتسوّل»، أوضح جون أنّ الهنود المتصدّقين يمنحون صدقاتهم مُباشرة للمتسولين ممن تُعرف أيديهم بأنها «مخالب الجُذام»، بتحرير أصابعه من الوضعية المخلبية، كُنّا قد أفسدنا مصدر دخله الأساسي. [واصل قائلاً]: «لم يعد الناس يتصدقون بسخاءٍ الآن. ولا أحد حتى الآن يمنحني عملاً أو حتى يؤجرني غرفة»، بالرغم من أننا قتلنا البكتيريا النشطة وأصلحنا يديه، إلا أنّ الندوب على وجهه لا زالت توحي بأنّه شخص مُصاب بالجُذام.

مُغصت معدتي بينما كان يخبرني جون بالرفض الذي قُوبل به في العالم الخارجي. كان قائد حافلة النقل العام يرمي به أحياناً إذا ما حاول ركوبها. جون، الرجل المُتعلّم، عاطل الآن ومشرّد، وينام في العراء. بالكاد يستطيع جني المال عن طريق التسوّل لشراء الطعام. هل كان ما فعلته أني أصلحتُ جسمه بما يكفي لتدمير فرصته في العيش؟

وجدنا وظيفة مكتبية في المستشفى لجون، إلا أنّي أعلم أنّ ذلك ليس إلّا حلّاً قصير المدى لمريضٍ واحد. ماذا لو أنّنا دمّرنا معايش جميع المرضى ممن خضعوا لعملية نقل الأوتار أيضاً؟ تتبعتهم ووجدت أنه جرت على العديد منهم قصص مشابهة لقصة جون. اتّضح أنّ الجهود المبذولة في إصلاح أيديهم وأقدامهم لم تُعدّهم إعداداً مُناسباً للحياة خارج جدران المستشفى.

تبيّن أننا نحتاج إلى نزلٍ قريبٍ من المستشفى، أشبه ما يكون بغرفة تخفيض الضغط لإعداد المرضى للحياة في الخارج. ومن هذا المنطلق وُلد مركز نيو لايف سينتر (the New Life Center). اخترنا مكاناً في المساحات المُظللة من حرم كلية الطّب حيث يبعد أربعة أميال عن المدينة. إذا ما أردنا أن نُعيد المرضى إلى قراهم، فمن العبث بناء مساكن أرفع من التي سيجدونها حيث ينتمون، وعليه، وبالاستفادة من تركة تبشيري مُتقاعد وقدرها خمسمئة دولار، بنينا خمسة أكواخ بسيطة من اللبنات والطين، وقسّمنا كل كوخ إلى أربعِ حُجُرات. دهناها بالأبيض وسقفناها بسعف النخل. المكان المُطمئن، المُستقرّ بين تلال الغابات والصخور، أحدث فرقاً بيّناً في نشاط وسط مدينة فيلور.

انتقل ثلاثون مريضاً إلى مركز نيو لايف سينتر في عام ١٩٥١. جميعهم ذكور، نظراً إلى أنّ الجُذام يصيب الرجال أكثر من النساء، وفي ذلك الوقت كان الاختلاط بين الجنسين غير مقبول ثقافيّاً. زرعنا حديقة كبيرة للخضروات، وربّينا الدجاج، وافتتحنا محلّاً للنسيج. أسست ورشة

للنجارة لتصنيع الألعاب الخشبية، كما علّمت بعضاً ممن فقدوا أصابعهم العمل على المخرطة بالمدوس. لم نلبث حتى صرنا نُصنّع خطّاً من ألعاب الأطفال على أشكال الحيوانات والقطارات والسيارات وإطارات الصور والأحاجي [لتأخذ طريقها] في البيع في المجتمع. (بالرغم من أنّ هذه الألعاب أفضل من غيرها في المنطقة، فإنّها لم تُبع حتى اتّخذنا احتياطاً غير ضروريٍّ بالمرّة وذلك بحفظ هذه الألعاب في بخار الفورمالديهايد بغرض «تعقيمها»).

كان هناك مبنًى متهالك في منطقة مركز نيو لايف سينتر، المبنى الذي حجزته ليُصبح مرفقاً للعمليات. بحجمه الذي يبلغ ثمانية أقدام، وجدرانه المبنية من اللبن المُجفف وسقفه المبني بالقرميد، شابه إلى حدٍّ ما الغرفة البيضاء التي نستخدمها في المستشفى في فيلور. لم يكن فيه تصريف، لذا كان علينا تعقيم [أنفسنا] قبل الدخول إلى الغرفة. وضعنا شباكاً للبعوض، وقصصنا صفيحة من الألومنيوم على شكل القطع المكافئ. وذلك لعكس الضوء الذي بلا ظل من المصباح الذي بقوّة مئة واط، وتعديل طاولة المطبخ الخشبية بإضافة أذرع داعمة ومساند للرأس [إعداداً لها لتُستخدم] في العمليات. كما اشترينا قِدر ضغط وثبّتناه فوق موقد الكيروسين من ماركة بريموس (Primus) لنستخدمه كمطهّر لنا (كان جيّداً حتى احتمل القدر كمية هائلة من الضغط حتى انفجر، مُحدثاً ثقباً بحجم غطائه في السقف القرميدي).

قضيت كثيراً من وقتي في هذه الغرفة الصغيرة. كانت شاهداً لأفضل عملياتنا أنا وإيرنِست فريتشي لتصحيح عيوب اليد المخلبية والقدم المتدلية، وهنا أيضاً أدركنا تماماً التحدي الذي وضعنا جون كريشنامورثي أمامه. لنتمكّن من إعداد مرضى الجُذام للعيش في «الخارج»، كان علينا تغيير منهجيتنا تغييراً جذريّاً. توجب علينا رفع أنظارنا عن النطاق الضيّق لإجراء العمليات على اليدين والقدمين ورؤية الإنسان ككل.

الحواجب

أتى إلى المركز شاب صغير اسمه كومار (Kumar) ومعه وثيقة تثبت أنّ الجُذام غير نشِط عنده. تفحّصته سريعاً. عملنا على يديه، اللتين لا تُظهران الآن أي علامة [لليد] المخلبية أو الإصابة العَرَضيّة، وقدميه اللتين لا يظهر عليهما أي علامة لشلل الأعصاب.

أظهر جسد كومار دائماً شيئاً من المقاومة الطبيعية للمرض. عُصيّات الجُذام سارت في النسق الطبيعي في تسللها الأوّلي إلى المناطق الأبرد من وجهه (الجبين، والمنخرين، والأذنين) حتى إنّها قد اختبأت في جُريبات شعر حاجبيه. وهذا ما جعل جلده برّاقاً ومنتفخاً لفترة. إلا أنّ دِفاعات الجسم، بمساعدة المعالجة بالسولفان القوي، قد قتلت كل البكتيريا، وعاد جلد وجه كومار الآن إلى طبيعته تقريباً. التجاعيد المتغضّنة في المناطق التي انتفخت في زمنٍ مضى أظهرته أكبر قليلاً من أعوامه الخمسة والعشرين.

استطعت تحديد أثر مرئيّ وحيد للمرض، وهي بقع مكشوفة حيث كان ينمو حاجباه قديماً، وبالكاد تستحق هذه البُقع الملاحظة. شدّ من عزمي أن أرى شخصاً نجح في محاربة المرض نجاحاً باهراً، وقد هنّأتُ كومار لعنايته بنفسه، وسألته بعدما أتممت الفحص: «لِمَ أتيت؟ فكما ترى، نحن مُتخصصون في جراحة اليدين والقدمين، وتبدو بخير»، أشار كومار إلى حاجبيه، أو لأقُل: إلى أماكن في وجهه كانت يوماً مكاناً لنمو الحاجبين، وأخبرني بقصّته.

قبل إصابته بمرض الجُذام، كان لكُومار مقصورة في ساحة سوق قريته. كان يبيع حِزَم جوز التنبول (betel nut) والتبغ التي كان يلفّها بيديه مع وضع القليل من بودرة الجير المطفأ (slaked lime). أحب أهل القرية مضغ هذا المزيج، الذي يُسمى بان (pan)، وصار المرور بمقصورة كومار

ـادة العديد من المتسوقين. كان يتبادل معهم النكات والأخبار، مشغولاً لف المزيد من حِزَم جوز التنبول في الأوراق بينما يتحدّث.

غالباً ما يكون أهل القرية أفطن من الأطباء في اكتشاف العلامات لمُبكّرة للإصابة بالجُذام، فلما بدأ يظهر على جلد كومار لمعان غير طبيعي، نشر الزبائن الخبر وانهارت تجارته. مضى وقت طويل ولم يشترِ منه أحد بضائعه ولم يقف للتحدث معه إلا قلّة. كومار، الفخور بكونه متسوّلاً [الآن]، أغلق مقصورته واتّجه إلى مَجذمة قريبة.

عاد إلى قريته بعد سنوات عديدة، ممسكاً بيده وثيقةً تُثبت نتيجته السلبية للمرض، متوقّعاً أن يعاود مزاولة تجارته. اختفت كل علامات المرض ما عدا ما كان في الحاجبين العاريين. كانت هذه العلامة الوحيدة في الثقافة الشعبية المتعلقة بالخرافة سبباً كافياً لنبذه. لم يهم إظهار الوثيقة. كان عليه أن يظهر سليماً من المرض. كان عليه أن يستنبت حاجبين.

قال لي كومار بحزن: «لن يشتري أحد من رجلٍ بلا حاجبين. من فضلك يا دكتور، هل بإمكانك أن تجعل لي طرفاً من حاجبين؟ لا أستطيع تحمّل أن يُدقق الزبائن فيّ بحثاً عن الشعر ليروا إذا ما كُنت سليماً حقّاً».

استمعت إلى كومار بمشاعر مختلطة، وبالرغم من أنّ هذه القصة قد أثّرت فيّ، فإنّي قطعاً لا أرغب في ممارسة الجراحة التجميلية. كانت لدينا قائمة انتظار المرشّحين لإجراء الجراحة التصحيحية، لدى العديد منهم أيدٍ مشلولة يُمكن تحريرها. يبدو طلب حواجب جديدة شيئاً تافهاً غالباً. وقد تذكرت الدرس الذي تعلمت من جون كريشنامورثي. ما لم نجد طريقة لإعادة المرضى إلى الحياة النافعة في قُراهم، فإننا سنوجِد طبقة جديدة للمعوزين. إذا ما كان منظر الوجه سيُفضي إلى بناء حاجز قبول، كان علينا أن نجد طريقة للإطاحة به.

عادة العديد من المتسوقين. كان يتبادل معهم النكات والأخبار، مشغولاً بلف المزيد من حِزَم جوز التنبول في الأوراق بينما يتحدّث.

غالباً ما يكون أهل القرية أفطن من الأطباء في اكتشاف العلامات المُبكّرة للإصابة بالجُذام، فلما بدأ يظهر على جلد كومار لمعان غير طبيعي، نشر الزبائن الخبر وانهارت تجارته. مضى وقت طويل ولم يشترِ منه أحد بضائعه ولم يقف للتحدث معه إلا قلّة. كومار، الفخور بكونه متسوّلاً [الآن]، أغلق مقصورته واتّجه إلى مَجذمة قريبة.

عاد إلى قريته بعد سنوات عديدة، ممسكاً بيده وثيقةً تُثبت نتيجته السلبية للمرض، متوقّعاً أن يعاود مزاولة تجارته. اختفت كل علامات المرض ما عدا ما كان في الحاجبين العاريين. كانت هذه العلامة الوحيدة في الثقافة الشعبية المتعلقة بالخرافة سبباً كافياً لنبذه. لم يهم إظهار الوثيقة. كان عليه أن يظهر سليماً من المرض. كان عليه أن يستنبت حاجبين.

قال لي كومار بحزن: «لن يشتري أحد من رجلٍ بلا حاجبين. من فضلك يا دكتور، هل بإمكانك أن تجعل لي طرفاً من حاجبين؟ لا أستطيع تحمّل أن يُدقق الزبائن فيّ بحثاً عن الشعر ليروا إذا ما كُنت سليماً حقّاً».

استمعت إلى كومار بمشاعر مختلطة، وبالرغم من أنّ هذه القصة قد أثّرت فيّ، فإنّي قطعاً لا أرغب في ممارسة الجراحة التجميلية. كانت لدينا قائمة انتظار المرشّحين لإجراء الجراحة التصحيحية، لدى العديد منهم أيدٍ مشلولة يُمكن تحريرها. يبدو طلب حواجب جديدة شيئاً تافهاً غالباً. وقد تذكرت الدرس الذي تعلمت من جون كريشنامورثي. ما لم نجد طريقة لإعادة المرضى إلى الحياة النافعة في قُراهم، فإننا سنوجِد طبقة جديدة للمعوزين. إذا ما كان منظر الوجه سيُفضي إلى بناء حاجز قبول، كان علينا أن نجد طريقة للإطاحة به.

بقيَ كومار في مركز نيو لايف سينتر لأيام بينما كنتُ أبحث عن أساليب للجراحة التجميلية التي قد تساعده. كان اليابانيون قد ابتكروا عملياتٍ لزراعة الشعر حيث استزرعوا الشعر شعرةً شعرة، جُريباً جُريباً، كالشتلات الصغيرة في حقل الأرز. الطريقة الأخرى، وهي أقل استهلاكاً للوقت، تتضمن نقلاً لأجزاء من فروة الرأس على شكل الحاجب إلى مكانٍ جديد. إذا ما تمكّنا من المحافظة على إمداد الدم، ستضمن الزراعة لكومار حاجبين كثيفين، كثيفين كثافة شعر رأسه الأسود. شرحت له العملية، ووافق بحماس.

كانت الحيلة أن نجد مساحة في فروة الرأس مُتصلة بشُعيرات دموية طويلة كافية لتتمدّد نزولاً إلى موقع الحاجبين. قبل العملية، جززتُ شعر كومار ليصبح قصيراً للغاية وجعلته يركض. بعد خمس عشرة دقيقة، لمّا صعد السُّلّم إلى مكتبي، كان قلبه ينبض بشدة، واستطعت رؤية الشرايين النابضة تحت فروة رأسه. وباستخدام قلم مُحدد، تتبعت مخطط شريانه الصدغي، اخترت بعض التفرّعات الطويلة، ورسمت عليها مخططين لحاجبين ضخمين وغامقين، كل شكل في جهة من رأسه المحلوق.

رقد كومار اليوم التالي على طاولة العمليات الخشبية. قطعت شكلي الحاجبين اللذين حددتهما ورفعتهما عن الجُمجمة. ما زالت القطعتان متصلتين بشريان ووريد، متعلقتين كأنهما فأرين يتأرجحان بذيليهما. ثم أزلت الجلد الذي كان لحاجبيه القديمين وأحدثت قنواتٍ تحت الجلد تبدأ من مكان الحاجب صعوداً إلى الفتحة في الجمجمة. باستخدام ملاقط طويلة، استطعت المرور عبر القناة، والإمساك بالأجزاء المتأرجحة من الفروة، وبحذر سحبتهما [عبر القناة أيضاً] إلى مكانهما الجديد ليتوجا عيني كومار. لمّا تمّت الزراعة، بدت أجزاء الفروة كبيرة للغاية ذلك أنّي حاولت تصغيرهما قليلاً، إلا أنّي خشيت قطع الشرايين المتقوّسة، التي تُبقي الحاجبين على قيد الحياة.

لم ينبغِ عليّ القلق حيال حجمهما، إذ من اللحظة التي أُزيلت فيها الضمادات، كان كومار جذِلاً بحاجبيه الجديدين. لما بدأ الشعر بالنمو، واستمر ذلك، ازداد جذله. لما شرحت له أنّه ينبغي عليه تقصير حاجبيه الجديدين أو سيصبح طولهما بطول شعر فروة الرأس، أصرّ كومار على أنه يريدهما طويلين. كان لكومار، قبل أن يُغادر فيلور، حاجبان كثيفان يتدليان على عينيه.

لاحقاً، وبطبيعة الحال، قصّر كومار حاجبيه. إلّا أنّهما تسببتا في قريته مسقط رأسه بإثارةِ نوع من الحماس والاهتمام. اصطف الزبائن القُدامى للنظر إلى حاجبي كومار، ولمّا أظهر وثيقة شفائه من الجُذام هذه المرّة، صدّقوه.

الأنوف

تجربتنا مع كومار شرّعت لنا مضماراً جديداً تماماً في الجراحة التصحيحية: الوجه. واجهنا لاحقاً الأنوف. كانت بقع الحواجب الصلعاء مُشكلة لا تكاد تُذكر بالمقارنة مع «الأنوف السرجيّة (saddleback noses)» التي شوّهت العديد من المرضى.

لمّا كانت عُصيّات الجُذام تُفضل المناطق الباردة، صار الأنف أرض معركةٍ كُبرى. استجابة الجسم للغزاة تُسبب التهاباً، إذا ما استمر أغلق مجاري الهواء. يتقرّح الغشاء المُخاطي بمرور الوقت من عدوى جانبية، ولربّما انكمش الأنف حتى يختفي تقريباً. الطرف المُرتفع للغضروف يختفي، تاركاً مساحة جلد قد انهارت ومنخرين مفلوجين مفتوحين للخارج مُباشرة، أقل ما يُقال عن النّظر إلى وجه شخصٍ مُصاب بالجُذام ورؤية التجاويف الأنفية عنه إنّه مُزعج.

يُدركُ كل من في الهند أنّ الأنف المختفي دلالة على الجُذام - يعتقد البعض أنّ الأنوف تتعفّن كأصابع القدم واليد - وكل من رُزيَ [بهذا الأنف] يواجه حياةً النبذ والخزي. المرأة ذات الأنف [المجذوم] تفقد

فرصتها في الزواج، حتى وإن ثبت [أن نتيجتها] سلبية ولم تظهر عليه أي علامات أخرى للمرض.

مع توافد المزيد من المرضى بتشوّهات الوجه إلى عيادتنا، شعرتُ بالامتنان أنّ لديّ خلفية حول عمليات التجميل [اكتسبتها] خلال أيام الحرب في لندن. أحد روّاد هذا الحقل، سير أركيبولد ماكيندو (Sir Archibald McIndoe)، كان قد نال احتفاءً وطنياً خلال الحرب العالمية الثانية لقاء جهوده البطولية في إعادة ترميم الوجوه المحروقة لطيّاري القوّات الملكية الجوّية، وأجريت بنفسي دراسة بعديّة على بعض هؤلاء الرجال المُبتلين.

في تلك الأيام وقبل الجراحة الوعائية المجهرية (microvascular surgery)، كانت الرُّقع الجلدية المأخوذة من المعدة والصدر تُنقل على مرحلتين، حيث تكون الذراع المُستضيف المؤقت لها. يقصّ الجرّاح التجميلي قطعة جلدية داخلية، لنقُل: إنها في البطن، حيث يُبقي طرفاً منها متّصلاً بإمداد الدم القديم، وموصّلاً الآخر في رسغ الذراع. تُقيّد الذراع بالبطن لثلاثة أسابيع، مما يُتيح فتح إمداد دم جديد بين الرقعة والذراع، وحين يحصل ذلك يقطع الجرّاح السديلة ليفصلها عن البطن وينقلها إلى مكانها الجديد إما في الجبهة أو الخد أو الأنف، مع تقييد الذراع أيضاً إلى المكان الجديد. سيظهر تدريجيّاً إمداد جديد للدم في موقع رقعة الوجه الجديد ثم سيُفصل الجلد عن الذراع. كان المشهد في غرفة عمليات أركي غريباً ومُرعباً في آن بالنسبة لطالب الطب الشاب: بدت الأذرع وكأنها تخرج من الرؤوس، وأنبوب طويل من الجلد يخرج من التجويف الأنفي وكأنه خرطوم فيل، والأجفان المؤقتة المكوّنة من السديلات الثقيلة عند فتحها.

اتّبعت عيادتنا طريقة أركي لفترة، أقصد اتباع مرحلتين في ترميم أنوف مرضى الجُذام. لم يكن جلد البطن، وإلى درجة كبيرة، مناسباً

أصلاً لرأب الأنف [إذ إنّه]: سميك وغير طيّع، ولا يُحسّن منظر الأنف السرجي إلا قليلاً. وبالرغم من أنّه لم ينتج عن هذه المحاولات الخام أنوف جميلة، فإنّها لم تبدُ على الأقل كتشوّهات الجُذام، وعليه غادرنا العديد من المرضى راضين [بأنوفهم الجديدة].

ثم تعرّفت بعدها على أسلوب جديد يشابه كثيراً ما أفعله في زرع الحواجب. [وهو كالتالي]: فصلنا جُزءاً كبيراً من جلد الجبهة كسُديلة واحدة، دون فصل إمداد الدم، ثم مددناه إلى الأسفل لتشكيل الأنف الجديد، موصلينه بأطراف الأنف القديم. (استخدمنا رُقعاً جلدية من الفخذ مكان المنطقة المكشوفة في الجبهة)[1]. بدا أن المرضى أكثر رضاً بأنوفهم الجديدة، إلا أنّنا لم نُشاركهم، نحن من فريق الجراحة، هذه

---

(١) تعلّمت هذه الطريقة من جاك بين (Jack Penn) وهو جرّاح حاذق في جنوب أفريقيا، حيث طبّق إجراءً جراحياً استخدمه أول ما استخدمه الجرّاح الهندي القديم سوسروتا (Susruta) منذ أحد عشر قرناً خلت قبل ميلاد المسيح. كان المحاربون الهندوس يُعاقبون أعداءهم المغلوبين بجدع أنوفهم بالسيف، واستخدم سوسروتا أسلوباً متقدماً ومهماً في استزراع جزء من جلد الجبهة في منطقة الأنف.

كشفت حادثة غريبة في عام ١٩٩٢م مدى شيوع طريقة التنكيل، إذ ولتصحيح خطأٍ تاريخي، وافقت اليابان على إعادة عشرين ألف أنفٍ جدعها جيشها عن الجنود والمواطنين الكوريين خلال غزوٍ عسكري عام ١٥٩٧م. الأنوف، مع بعض رؤوس الضباط الكوريين، حُفظت في مقرّ تذكاري خاص قرابة أربعمئة عام.

عالجت في الواقع مالكاً لعقار ثار عليه المستأجرون فحاسبوه بهذا العقاب المأثور في جدع الأنف والشفة العليا بالسيف. حاول جرّاح غير مُتمرّس اتباع طريقة سوسروتا في نقل سديلة من جلد الجبهة لتشكيل أنف وشفة عُليا جديدين للرجل. وسعياً منه في الحصول على سديلة طويلة كفاية من الجلد، وسّع الرقعة لتشمل جزءاً من فروة الرأس التي تعلو الجبهة، ثانياً الجلد لتشكيل الجزء المبطن من الشفة. (بحلقه الفروة أولاً، لربما لم يُلاحظ أنّ رقعته تضمنت هذا الجزء من الفروة التي ينمو عليها الشعر) أتى المريض إلينا بعد عام مكروباً. شعر الفروة الخشن كان ينمو داخل فمه، كاشطاً للثته المتورّمة النازفة كلما تحدّث أو أكل. كان لا بد من استبدال الجلد ذي الشعر برقع الغشاء المخاطي من باطن خدّيه، الجراحة التي جعلت مالك العقار سابقاً أسعد. (المؤلّف).

الحماسة. إذ تركنا ندبة دائماً على الجبهة، كما أنّ الأطراف الضخمة للأنف الجديد لم تتواءم تواؤماً مناسباً مع الجلد الناعم للخدّين. بدا [الأنف الجديد] أحياناً كما لو أن أحدهم ألصق أنفاً طينيّاً على الوجه.

علّمنا جرّاح بريطاني آخر، هو السير هارولد غيليز (Sir Harold Gillies)[1] طريقة أفضل بكثير. وصل مومباي وقد اقترب من سن التقاعد تلبيةً لدعوة الدكتور إن. إتش. أتينا (Dr. N. H. Atina)، وهو جرّاح تجميلي محليّ درس في إنجلترا. لمّا كان غيليز قد تعامل مع مرضى الجُذام في مومباي، يتذكّر أنّه جرّب أسلوباً جراحيّاً على مرضى الجذام قبل سنوات في رحلةٍ إلى الأرجنتين. غيليز هو على الأرجح أوّل جرّاح يُجري عملية جراحية على أنف مجذوم على الإطلاق، وبناءً على اقتراح د. أنتيا، سافر الاثنان إلى فيلور لتعليمنا ذلك الأسلوب.

لاحظ غيليز في الأرجنتين أنّ الجُذام يُخفي نفسه في التجويف المُخاطي للأنف، مُدمّراً التجويف الداخلي تدميراً شديداً، أشد من تدميره الجلد. الالتهاب الحاصل يُدمر الغضروف، ودون غضروف يدعم الأنف، ينهار الجلد المُتمدد كما الخيمة دون أوتادها. طرح غيليز هذا السؤال: «لماذا تزرع الجلد ما دام لديك جلد ممتاز لم يُستخدم؟ تم تدمير التجويف المخاطي، إلا أنّه بإمكانك دائماً استبداله بالرُّقع ما إن تُعيد تشكيل الأنف من جلده الأصلي».

أعددنا أحد المرضى للعملية الجراحية. بالنظر إلى أنفه المُنكمش، وجدت أنّه من الصعب تخيل أنّ هناك ما يستحق إنقاذه من تلك البقعة الجلدية الذاوية. التقط غيليز المِشرط وأخذ بالتمثيل. بسحبه الشفة العليا،

---

(١) هارولد غيليز (Sir Harold Gillies) (١٩٦٠ ـ ١٩٨٢م): جرّاح نيوزلاندي المولد، يُعد والد الجراحة التجميلية وكان أوّل من أقنع القائمين على مُستشفى كامبريدج العسكري بإجراء العمليات التجميلية لوجوه الجنود المصابين في الحرب العالمية الأولى، ليكون المستشفى الأول في الإمبراطورية العُظمى الذي يُجري هذا النوع من العمليات. ليطوف بعدها العالم لإجراء العمليات وتعليم الجرّاحين. (المُترجمة).

بدأ غيليز بالقص داخل الفم ما بين الأسنان واللثة والشفة حتى استطاع رفع الشفة رفعاً يكشف عن تجويف الأنف. فصل الشفة العليا كاملةً والأنف عن عظام الوجه، ثم قال: «شاهد الآن»، أخذ لفيفة من الشاش ثم حشا بها تجويف الأنف المنكمش إنشاً إنشاً. وكما لو كان ما فعله سحراً، تحرر الجلد، ثم تمدد، وأخيراً انتفخ ليُشكّل أنفاً حقيقيّاً تماماً. بالكاد استطعت تصديق ذلك. الطبقة الخارجية للجلد تضخّمت كما الفقاعة المنفوخة من قطعة علك صغيرة. طمأننا غيليز أنّه إذا ما دُعم الأنف دعماً مناسباً فإنّه سيُحافظ على شكله الجديد.

جرّبنا خلال السنوات القليلة التالية دعائم مختلفة. استخدمنا جبائر بلاستيكية على شكل الأنف، ثم صنعناها من الأكريليك، ثم استخدمنا رقعاً عظمية من طرف الحوض. فيما يتعلّق بالمرضى ممن كان إمداد الدم في النسيج الأنفي لديهم غير كافٍ لاستدامة الرقعة العظيمة، استعرنا مواد من أطباء الأسنان. تعلّمنا كيفية تصميم قالب شمع دافئ وناعم لتصنيع أي شكل. بإمكان المريض، وهو في وعيه، اختيار أنفه في آنه: «أطول بقليل، وليس عريضاً للغاية من فضلك»، استطعنا من خلال ذلك القالب الشمعي تشكيل دعم دائم مصنوع من مادة زهرية صلبة تُستخدم لصناعة أطقم الأسنان، [وفيها] يُوصّل سلك مُخصص بالأسنان ليُثبت الهيكل في مكانه[1].

واليوم، يوجد العديد من مرضى الجُذام في الهند وحول العالم بأنوف تبدو طبيعية للغاية ظاهريّاً، إلا أنّها مدعّمة بحشوة أنفية صناعية داخلية. الأنوف الجديدة تُؤدي غرضها أداءً جيّداً ما دام أصحابها يتبعون إجراءات حفظٍ غريبة قليلاً: يتوجب عليهم نزع الداعم الاصطناعي دوريّاً لتنظيفه من أيّ شوائب غريبة وحمايته من العدوى. بسبب طريقتنا في حشو كلا التجويفين بالغشاء المُخاطي، لم تُغلق الفجوة ما بين الشفة العُليا

(١) يقصد: تقويم الأسنان. (المُترجمة).

والحنك، فيسهل على المريض قلب الشفة العُليا والكشف عن اللون الزهري البرّاق لما تحت الأنف. يعود الأنف الخارجي [حينها] إلى شكله المُفلطح المتغضّن، ثم يستعيد شكله المُنتفخ بعد إعادة داعم الأنف النظيف.

وكما جرى في الحواجب المستزرعة، كان لأنوفنا الاصطناعية تأثير فوريّ على القبول الاجتماعي لمرضانا. أذكر امرأة شابّة مليحةً للغاية أتت إلى فيلور ولم يكن على وجهها أي ندوب أو درنات، عدا عن أنفٍ مُنهار بالكامل. اجتهدت عائلتها دون طائل في البحث لها عن عريس. اختارت الأنف الذي تريده بالضبط، [وكان] أنفاً ناعماً وجميلاً، وقد طمأنتنا أنه أفضل بكثير من أنفها الأصلي. أرسلت لي لاحقاً صورةً لها مُتزيّنةً في حلّة عُرس. تعافت من مرضها، ومن وَصْمته.

الأجفان

كُنا طوال ذلك الوقت نُجرب طرقاً لترميم الأيدي والأقدام وتحسين مظهر وجوه مرضانا، وكُنا نتجاهل أحد أسوأ آفات الجُذام: [ألا وهي] العمى. لمّا بدأت بالعمل مع مرضى الجُذام، قال لي الطاعنون في السنّ: إنّ العمى، كما الشلل وتدمّر الأنسجة، كان أثراً مأساوياً للمرض لا يُمكن تفاديه. يواجه ثمانون بالمئة من مرضى الجُذام ضرراً بشكلٍ أو آخر على العين، ويتوقّع خبراء الصحّة أنّ الجُذام يحتل المرتبة الرابعة [من بين الأسباب] المُسببة للعمى في العالم. أيضاً. كما أسلفت، شكّل العمى كُربةً غير طبيعية لمرضى الجُذام الذين فقدوا أصلاً الشعور باللمس والألم. راقبت مرة مريضاً أعمى فقد الشعور في أصابعه. يرتدي ملابسه، كان يقلب اللباس ويلمسه بشفتيه اللتين لم يفقد فيهما الحسّ، ويلمسه بلسانه ليعرف كيف يوجهه، متحسساً الأكمام والأزرار وفتحاتها. يستغرق ارتداؤه ملابسه ساعة. المُصاب بالعمى وانعدام الشعور لا يستطيع القراءة بلغة برايل أو التعرف على وجه الصديق بتحسسه بأنامله. يصعُب عليه

التحرّك في غرفة مزدحمة بالأثاث، وتُصبح الأعمال اليومية كالطبخ مستحيلة تقريباً لمن لا يرى المخاطر ولا يحس بها.

لا شكّ أنّ العمى هو أخوف مُضاعفات الجُذام. قيل لي: إنّه في بعض المؤسسات [التي تستضيف مرضى الجُذام] يدفع الخوف من العمى العديد من المرضى إلى محاولة الانتحار. أحد مرضانا، ممن فقد بصره في عين واحدة، قال بصراحة تامّة: «ذهبت قدماي ثم يداي، ولا يهم ذلك طالما أني أستطيع الرؤية. العمى شيء آخر. إذا ما صرتُ أعمى، فإنّ الحياة لن تعني لي شيئاً وسأفعل ما بوسعي لإنهائها».

أجرت زوجتي إحدى أوائل الدراسات المنهجية حول بوادر العمى في مرضى الجُذام. مارغريت، التي أتت إلى فيلور بتجربتها في طب العائلة، دخلت طب العيون (ophthalmology) حين عانت كلية الطب من شحّ شديد في الطاقم ولم يكن لديها من يشغل ذلك التخصص. وسرعان ما حذقت جراحة إعتام العين (cataract surgery) ولم تلبث حتى نظّمت سلسلة من «مخيمات العيون (eye camps)» في القُرى القريبة. بعمله في مبنى مدرسة مُعار وتحت الأشجار حتّى، استطاع الفريق الجراحي إجراء ما بين ١٠٠ إلى ١٥٠ عملية إعتام عين في اليوم الواحد. وواجهت لأوّل مرة مشكلات العين في مرضى الجُذام في أحد هذه المخيّمات.

تتذكر مارغريت [الحادثة كالتالي]: «كُنت للتو قد انتهيت من العمليات الجراحية وأحمِل المعدّات إلى السيارة استعداداً لرحلة العودة لمّا لاحظت مجموعة من الناس تجلس على الأرض على بعد أربعين ياردة. سألت أحد العاملين إذا ما كانوا مرضى قد وصلوا متأخرين ويحتاجون للفحص. فقال لي: «أوه! ما هؤلاء إلا مرضى الجُذام»، فعرضت فحصهم، مما أدهش مُساعدي، وأدهشهم. رأيت كل أنواع مشكلات العيون في الهند، إلا أنّي لم أرَ في حياتي كهذه العيون. سطح العين، الذي من الطبيعي أن يكون رطباً وشفافاً، كان مغشيّاً بطبقات ثخينة

من الأنسجة البيضاء ذات الندبات. سلطت القلم الضوئي على العين ولم يحدث أي نوع من الاستجابة. أغلب هؤلاء الناس كانوا عُمياناً عمًى تامّاً لا يُمكن معالجته. اثنان من الشباب كانا في طريقهما [لفقدان بصرهما] إذ لم يكونا أعميَيْن تماماً، وأقنعتهما بالمجيء إلى فيلور للضيافة».

بدأت الحياة العملية لمارغريت بالتشكل منذ تلك الحادثة. تعرف أنّ عُصيّات الجُذام تُحب أن تتجمّع في القرنية، وهي أحد أبرد الأماكن في الجسد، وتساعد العقاقير المُضادة للجُذام على تبطئة الضرر الذي يلحق بالعين. أسهمت قطرات الكورتيزون في التحكم بالالتهاب الحاد وتنقذ أحياناً العين. بالإضافة إلى أنّه بوشم الأنسجة البيضاء ذات الندبات الموجودة في القرنية بالحبر الهندي، استطاعت مارغريت تخفيف الوهج اللامع الذي يُعذّب بعض مرضى الجُذام. كل هذه الإجراءات ليست بشيء إذا ما قورنت بأهم ما لاحظته مارغريت بمسحها للمئات من مرضى الجذام [ألا وهو]: أنّ العديد منهم يُصاب بالعمى؛ لأنه لا يَرمِش.

مُنعكس الطرف (blink reflex) أحد عجائب الجسم البشري. لا يوجد مستشعرات للألم أشد حساسية من تلك الموجودة على سطح العين: رمشٌ تائه، قذىً قذِر، سطوع ضوء، نفثة دُخان، أو حتى إزعاج عالٍ يدفع إلى استجابة عضلية فورية. يغمض الجفن فوراً، ساحباً الجلد الواقي ليُغطّي العين المُعرّضة للخطرة وحابساً أي جُزيئات دخيلة بين الرموش.

من المدهش أيضاً أنّ منعكس الطرف المتقطّع يعمل على وضعية الوقاية طوال اليوم، حيث يفتح الجفن كل عشرين ثانية تقريباً ويُغلقها ليضمن رطوبة العين ولزوجتها على الدوام. المزيج المُذهل من الزيت والمُخاط والسائل المائي الذي نعرفه على أنّه دموع يوفر للقرنية إمداداً متواصلاً من الغذاء والتطهير. دون تلك اللزوجة، يجف سطح القرنية وتُصبح أكثر عرضة للأضرار والتقرّح.

لاحظت مارغريت أنّ بعض مرضى الجُذام لا يهمهم الرَّمشُ أبداً. كانوا يحدّقون تحديقاً غير مُستقر، وتتجمع دموعهم في بركة في الجفنين السُّفليين حتى يمسحوها. في مناخ الهند الأغبر، سيالات من الدموع المهدرة تنحدر على وجوه هؤلاء المرضى، حيث تفتقر خلاياهم القرنية إلى ميزة الواقي المتحرّك المُتمثّل في الجفن الرّامش.

وجدتُ أنّ الجُذام يعترض منعكس الطرف بطريقتين. كنا قد عرفنا الطريقة الأولى، ذلك أنّي درست عيّنات من تلك الأعصاب المتورّمة في جُثة تشينغليبُوت. نظراً لتضرر الأعصاب، تُصاب عضلة الجفن لدى بعض مرضى الجُذام (٢٠٪ منهم تقريباً) بالشلل، مما يُفقدهم القدرة على الرَّفّ. ينام هؤلاء المرض بأعينهم مفتوحةً، ولن يمضي وقتٌ طويل حتى تجف القرنية ويبدأ التدهور. أرتني مارغريت أثر الشلل الجزئي على أحد الصبيان: ترفّ عينه اليُسرى رفاً طبيعيّاً، بينما ظلّت اليُمنى مفتوحة.

إلا أننا لم نُدرك أنّ العديد من المرضى يُعانون من نقمة انعدام الألم. حاول أن لا ترمش لدقيقةٍ تقريباً، ستشعر بتهيّج طفيف. يهمس الألم قبل أن يهجم. أبقِ عينيك مفتوحتين، وسيتحول ذلك التهيّج تدريجيّاً إلى ألم شديد يدفعك للرَّفّ. لا يُدرك مرضى الجُذام مفتقري الإحساس علاماتَ الألم هذه. كما تُدمّر العُصيّات الأعصاب في الأنامل وأصابع الأقدام، تُدمّر أيضاً مُستشعرات الألم الفورية التي تُحفّز الرّفّ. لا يبدو أبداً عن المُستشعرات على سطح العين مُنعكس الطرف نظراً لتخدّرها.

لاحظت مارغريت في مرحلة مُبكّرة مثالاً دامغاً على نوعية التعنيف الذي يحصل للمريض الذي تنعدم في عينيه الحساسية ضد الألم: زارهم رجل وقد فرك بعنف عينيه المفتوحتين بيده المغطّاة بنتوءاتٍ قشرية ضخمة. لم يُفاجئها أن يصير مرضاها عمياناً!

أثبت بحث مارغريت أنّ أغلب عمى الجُذام ليس تبعةً من تبعات

العدوى لا يُمكن تفاديها إنّما هو نتيجة ثانوية يتسبب بها تدهور الأعصاب. اختارت أن تعمل أولاً مع المرضى معدومي الشعور ممن لم يفقدوا أعصابهم الحركية. بدا أن الحل يسير مع هذه المجموعة الكبيرة: احتاجت فقط لفحصهم دورياً وتدريبهم على الرمش باستمرار وليس رمشاً منعكساً. إذا ما وعّت المرضى الصغار بمغبّة عدم الرّمش، فإنّهم سيتعلّمون الرفّ كل دقيقة تقريباً، إذ لا خيار سوى ذلك إلا العمى.

بدأت مارغريت حملة تثقيفية بين هؤلاء المرضى بأملٍ كبير، مُدرّبةً إياهم على الرفّ كل مرّة ترفع فيها البطاقة. تابعوها في تعليماتها متحمسين لساعة أو اثنتين، إلا أنّها لما تفقدتهم لاحقاً لاحظت الأعين المفتوحة ذاتها، تُحدّق بلا رفيف. جرّبت مؤقّت سلق البيض، والطنانات، والأجهزة المؤقّتة الأخرى. كانت مُجدية لفترة إلا أنّ المرضى إما أنهم فقدوا الاهتمام أو اعتادوا الإشارة [المتعلّقة بالرّف]. وضعت نظارات واقية لحماية أعينهم من الأشياء الغريبة، إلا أنّهم ما زالوا يفتقرون إلى المزايا الجوهرية للرّفّ.

بحثنا يائسين عن الأساليب الجراحية التي قد تُساعدنا [في هذا الوضع]. سير هارولد غيليز كان قد استخدم أسلوباً ظريفاً لمساعدة المصابين بشلل بِيل (Bell's palsy)، حيث لديهم أيضاً مُشكلات متعلّقة بالعضلاتِ المسؤولة عن الرفّ. حمل أسلوبه المُبتكر التباشير حتى لأولئك المصابين بالشلل التام في الجفن. يتضمن هذا الأسلوب نزع إحدى نهايات العضلة الصدغيّة، التي تتحكّم بتثبيت الحنك والمضغ، ووصلها باللفافة العضلية المفتولة الموجودة في الجفنين. يسّرَ هذا التكييف على المرضى الرفّ بوعي، ذلك أنّ عضلة واحدة تتحكّم بكلٍّ من حركة المضغ وإغلاق الجفن. ما كان على مارغريت إلا تعليم مرضاها الشدّ دورياً على أسنانهم - أو، وهذا الأفضل، مضغ العلكة - وبذلك تحصل العين على اللزوجة التي تحتاجها.

كان هذا الأسلوب ناجعاً، وما زال يُستخدم على نطاق واسع في الهند.

إذا ما مضغ المريض العلكة بعنف في كل مرة يخرج فيها في يوم مُغبرّ، ستتلقى عينه الوقاية التي تحتاجها. لهذه العملية بعض الآثار الجانبية - كأن يرمش المريض بسرعة فائقة خلال مضغه قطعة من اللحم - إلا أنّ المريض الواعي يجعل بينه وبين العمى ردماً بالمضغ.

للأسف ذكرنا ذلك بألا نستهين بأهمية الألم. حل مُشكلات الحركة سعياً لاستعادة قُدرة المريض على الرّف لم تحل عدداً كبيراً من المشكلات المتعلقة بصعوبة الاستشعار. حتى أكثر مرضانا المتحمّسين، ممن يتمتّع فيما يتمتّع به من قوّة واعية بالقدرة على تفادي العمى، سيأتي يومٌ ويزلّ.

سينسون الرفّ أو المضغ ما لم تكن لديهم بقيّة باقية من الشعور بالألم على سطح العين لتحذيرهم عن طريق الشعور بالجفاف أو التقرّح. يفتقرون، ببساطة، إلى المُحفّز إذ إنّ الرفّ بانتظام مؤذٍ بالنسبة لهم. ويحتاجون إلى قهر الألم.

إذا ما افتقر مريضٌ ما لكل أنواع الشعور بالألم، كان علينا التحوّل إلى عمليّة نتائجها أدنى بكثير من التطلّعات. باستخدام الخيط والإبرة، كُنّا نخيط الجفن العلوي كما الجفن السفلي ببعضهما من الزوايا، تاركين فتحة مُناسبة في المنتصف لتمكين الرؤية. ونظراً إلى أنّ جزءاً بسيطاً من العين مكشوف، كانت الدموع اللزجة تتجمع حول القرنية وتغسلها حتى وإن لم يرمش المريض أبداً. كرِه المرضى الأثر العام على مظهرهم كُرههم لكل ما يُظهرهم غير طبيعيين، إلا أنّه [أي: الإجراء] يحفظ لهم البصر. لا تزال هذه الجراحة، حتى اليوم، وإن كانت بديلاً هزيلاً لخلايا الألم الصامتة، تُعدّ واقياً شهيراً لمرضى الجُذام.

١١
مخاطبة المجتمع

«تشتري الألم بكل ما استطعت من المُتَع، وتلقى حتفك في سبيل عيشك»

ألكسندر بوب (Alexander Pope)

عملي مع مرضى الجُذام غطّى تدريجيّاً على مهامي الأخرى المتعلّقة بالتدريس وطب العظام في المستشفى. غالباً ما أقضي الليل مُستلقياً يقظان أفكّر بالمرضى: ما الابتكارات الجراحية الجديدة التي قد تُقلل من وصمة الجُذام التي يواجهونها؟ كيف أستطيع رفع جودة حيواتهم؟ وهكذا يصبح العمل في حقل الجُذام رسالة أكثر منه هواية.

وصلني في عام ١٩٥٢م عرضٌ كريم غير متوقع أبداً من منظمة روكفيلير (Rockefeller Foundation)، حيث قال ممثلهم: «أظهر عملك في حقل طب الجُذام إمكانيات جيّدة، لِمَ لا تتنقل حول العالم لتحصل على ما يمكن من أفضل الاستشارات. قابل كل من تريد - من جرّاحين واختصاصيين في علم الأمراض وفي طب الجُذام - واستغرق ما شئت من وقت. وسنتكفّل بكل ذلك».

كان العرضُ هبة إلٰهية. لقد أجريت عملياتٍ على أيدٍ وأرجلٍ كثيرة، والقليل من الأنوف والحواجب، إلا أنّي كنتُ أتآكل من الداخل أنّي لم

أُدرّب تدريباً مناسباً لمثل هذا النوع من العمليات. والآن، لديّ حرية دراستها على أيدي خُبراء عالميين. وأكثر من ذلك، أستطيع زيارة اختصاصيي الباثولوجيا العصبية ممن قد يُسلط الضوء على كيفية تدمير الجُذام للأعصاب. دراساتنا الخاصة لم تؤدِّ لشيء. عرفتُ منذ أن شرحت جُثة تشينغلبُوت أنّ الأعصاب تتورّم في أماكن غريبة، مما يؤدي إلى الشلل وفقدان الشعور، إلا أنّه ليس لدي أدنى فكرة عن السبب الحقيقي الذي يقتل الأعصاب. كُنت أستكشف بلهفة القناني الصغيرة التي جمعنا داخلها ما جمعنا من الجُثة واخترت بعض العيّنات لصبغها ووضعها على شرائح المجهر لأخذها معي.

السير أركيبولد ماكيندو، أوّل من اتّصلت به في لندن، مأخوذاً بعمليات نقل الأوتار التي أجريناها في فيلور. رتّب للقاء مع نادي هاند كلَوب (Hand Club)، وهو نادٍ مرموق لمجموعة من ثلاثة عشر جراحاً، ورشّحني لإلقاء محاضرةٍ في الكلية الملكية للجرّاحين (the Royal College of Surgeons). ظهوري في هذين المحفلين شرّع لي قنوات التواصل مع كل جرّاح يدٍ ماهر في لندن، وبعيني طبيب الامتياز الشاب، زرت بعضهم ورافقتهم في أعمالهم.

إلا أنّي لم أحقق نجاحاً يُذكر في الهدف الثاني من الرّحلة، ألا وهو استكشاف باثولوجيا الأعصاب في الجُذام. عرضت في مراكز بحثية مختلفة مجموعتي من الشرائح التشريحية ووصفت النسق المحيّر للتورّمات التي وجدتها في أعصاب المرفق والرّكبة والرسغ. قال أحد الخُبراء: «إن ما يقضي على الأعصاب يتجاوز ما أعرفه، لم أرَ قط شيئاً يُشبه هذه الباثولوجيا».

بعد استكمال جولات إنجلترا، وضّبت صناديق شرائحي وعيّناتي وأرسلتها عبر المحيط على باخرة كوين ماري (Queen Mary) لزيارتي الأولى للولايات المتحدة الأمريكية. كنت على موعدٍ مع جرّاحي يدٍ

وعلماء أعصاب روّادٍ، وكنت أتطلع إلى فحص عيّناتي من الأعصاب بالمجهر الإلكتروني الجبّار في جامعة واشنطن يونيفيرستي في ولاية سانت لويس.

بالنسبة لي كجرّاح، فإنّ أمتع ما كان لي من الرحلة كان الشهر الذي قضيته في كاليفورنيا أدرس على يد ستريلغ بونيل، «والد جراحة اليد» بجلالة قدره. ومن هناك زرت المجذمة الوحيدة الباقية في الولايات المتّحدة الأمريكية، مستشفى ذا ببلِك هيلث سيرفس هوسبيتل (the Public Health Service Hospital) في كارفيل في لويزيانا، والتقيت بالدكتور دانيل ريوردان (Dr. Daniel Riordan)، الجرّاح الوحيد من خارج الهند الذي أجرى عملياتٍ على الأيدي المجذومة. قضينا، أنا ودانيل، وقتاً قيّماً في تبادل الأفكار، إلا أنّه وفي كارفيل استشرفت المقاومة التي سنواجهها قريباً بنشرنا لنظرياتنا حول الجُذام وتلف الأعصاب.

كانت كارفيل رائدة العالم في تجارب معالجة الجُذام بالعقاقير، إلا أنّ الطاقم لم يبدُ أنه مهتم بما توصّلنا إليه حول انعدام الشعور بالألم.

في إحدى المحاضرات وصفت كيف نجحنا في الانقلاب على خُرافة «الجسم الفاسد» وأكّدت على أنّه يُمكن تخفيض نسبة إصابات القدمين واليدين والعينين خفضاً كبيراً إذا تعلّم المرضى بعض الإجراءات الوقائية الأساسية. بنزولي من المنصّة، استقبلني المُدير بهذا الرّد المُتحفّظ: «شكراً جزيلاً، د. براند، لإخبارنا بعملكم. لاحظنا جميعنا أنّك استخدمت كلمة الجُذام (leprosy)، وهنا في كارفيل نُسمّيه مرض هانسين (Hansen's disease)»، ثم جلس، وكان هذا أول درس في أهمية استخدام اللغة السياسية[1] الصحيحة في أمريكا. أخذني المُدير لاحقاً

(١) اللغة السياسية (the political language): يُقصد به: الأساليب اللغوية والكلمات المُستخدمة في المحافل والمقامات الرسمية وشبه الرسمية، سواء الجماهيرية أو الثنائية، أياً كان مجالها. (المُترجمة).

جانباً وقال لي بنبرة مُشجّعة: «يبدو أنّ جماعتك في الهند تقوم بعملٍ مُثيرٍ للاهتمام، وأتفق معك في أنّ الإصابة والضغط يُضرّان بيدي المريض، إلا أني في هذا الحقل منذ زمنٍ بعيد، وأستطيع التأكيد لك أن مرض هانسن هو نفسه الذي يتسبب بتقصير الأصابع»[١].

تلقيت تبكيتاً أخيراً في كارفيل لما استفسرت عن بعض تحليلات الأعصاب. توقفت في رحلتي نحو الغرب في سانت لويس لاستخدام المجهر الإلكتروني، لأكتشف أنّ الأعصاب التي حُفظت بالفورمالين لن يُمكن دراستها. احتجت لأعصاب غضّة. وظننت أني سأجد الحل في كارفيل إذ في حال كانت هناك أي عمليات مجدولة، فسأطلب ببساطة من الجرّاح أن يجمع لي بعض الشُّعيرات الدقيقة في الأعصاب التي تعطّلت ولم تعد تجدي نفعاً. كان يتبرّع مرضانا في الهند بالأعصاب الميتة برحابة صدر لاستخدامها في دراساتنا. إلا أنّ هذه هي الولايات المتّحدة، وليست الهند، إذ استقبل الطاقم طلبي بصدمة، فقالوا لي: «مرضانا واعون للغاية بحقوقهم ولن يوافقوا على استخدامهم حقلاً للتجارب!»، كان عليّ تعرّف المفهوم الأمريكي للحقوق الشخصية.

---

(١) بعد سنوات، لما انتقلت إلى الولايات المتحدة، تعلّمت التقليد الأمريكي المُميز في حلّ المشكلة بتغيير اسمها. لا شك أن هناك مقامات أستخدم فيها مُصطلح مرض هانسين لتفادي المعارضة (على الرغم من أنّي وجدت أنه إذا ما قدمت محاضرةً واستخدمت المصطلح غالباً ما أجد نظرات متحيّرة؛ فإذا ما توقّفت ووضحت أني أُشير إلى مرض الجُذام، يُدرك الجمهور ذلك ويتزايد الاهتمام) إلا أنّي أعتقد أن الوصمة الملتصقة بالجُذام ليس لها علاقة كبيرة بالاسم كما علاقتها بالمرض وسوء الفهم المُحيط به. في بلدانٍ أخرى، كالبرازيل، وجدت أنّ تغيير الاسم تفادياً للكلمة التي تسبب وصمة العار لا يؤثر في نفسه على الوصمة الاجتماعية. كُنت أفضل تغيير الوصمة بتثقيف الناس حول حقيقة المرض الذي تُسببه المتفطّرة الجُذامية المتعضّية (mycobacterium leprae) [ألا وهي]: أن أكثر الناس لديهم مناعة ذاتية، وأنّه يُمكن معالجتها [أي: المتفطرة الجُذامية] بسهولة، وأنّ العناية المناسبة لا تؤدي إلى مضاعفات خطيرة. أمّا في الهند، فكانت الأسماء التاميلية والهندوسية تحمل أيضاً وصمة ثقيلة، لكن حيث كانت برامج التأهيل فاعلة، كانت الوصمة تتلاشى، دون تغيير الاسم. (المؤلّف).

قططديني براون

حققت رحلة روكيفيلير مدفوعة التكاليف كل ما كنت أريده تقريباً، حتى وإن لم يتحقق ما تعلق بالمجهر الإلكتروني. وبطريقةٍ ما، ساعدني لقاء عَرَضي غير مرتب له في بوسطن في حلّ اللغز المحيّر لتدمّر الأعصاب. كل خبراء علم الأعصاب ممن التقيتهم قد أظهروا ردة الفعل المتحيّرة ذاتها عند رؤيتهم لعيّناتي («لم أرَ قطّ شيئاً يُشبه هذه الباثولوجيا»)، عدا واحد. الاستثناء الوحيد كان الدكتور ديريك ديني برون (Dr. Derek Denny Brown)، النيوزيلندي عالم الأعصاب العبقري الذي يعمل في مستشفى خيري في بوسطن.

كان مكتب ديني براون، دون شك، أكثر مكتبٍ مبعثرٍ زرته في أمريكا، الصناديق المتراكمة، ومجلدات الملفّات، وحاويات الشرائح، وصور الأشعة السينيّة. كان من المُعتاد أن يختلس الأطباء الذين زُرتهم نظرة على ساعاتهم كل نصف ساعة تقريباً. إلا أنّ ديني براون لم يفعل ذلك. إذا ما عرضت عليه مُشكلة ما، كانت حواسّه تتحفّز ويذهل عن الزمن. كان عالماً خالصاً.

شرحت موجِزاً بحثنا حول انعدام الحساسية، قائلاً: «تتبعنا كل الآثار الجانبية التدميرية للجُذام تقريباً وصولاً إلى أصل سبب تعطّل الأعصاب. إلا أنّي لا أستطيع تأطير أي نظرية أو إقناع الآخرين ما لم أتوصل إلى شرح لكيفية تدمير الجُذام للأعصاب. لم يتعرّف أي من المتخصصين الذين زرتهم حتى الآن على نسق هذه الباثولوجيا العصبية».

تحفّز ديني براون لهذا التحدّي، وقال: «لألقِ نظرة»، قضى وقتاً طويلاً صامتاً، منثنياً على المجهر، متنقلاً بين عيّنات جثّة تشينغلبُوت. ونطق أخيراً: «هل تعرف يا براند أنّ هذه العينات تُذكّرني بقططي»، بدأ بالتنبيش في صناديق الشرائح المجهرية المصفوفة في رفوفه، وبينما كان

يفعل ذلك أخبرني عن تجاربه عن القطط، ذلك النوع من التجارب التي كانت تُجرى قبل أيام حركة حقوق الحيوان.

[وصف إحدى التجارب كالتالي]: «اعتدت تخدير القطط ثم استكشاف أحد الأعصاب، وعادة ما يكون العصب المتحكّم بالقائمة الأمامية للقدم اليُمنى. كنت أضع مشبكاً معدنيّاً على سطح ذلك العصب، فيشبه وضع مشبك الورق على سلك. وجدته أنه إذا ما كان المشبك مشدوداً كفاية، فإنّ الضغط يضرّ بالعصب فتُشلّ الساق، مما يعني: عطباً دائماً للعصب. جربت وضع أسطوانة دقيقة، غطاء معدني، حول العصب، ولم أجد أبداً أنّ الأسطوانة الضيقة تسبب أي مشكلة. ثم استخدمت الصدمة. ضربت العصب المكشوف بأداةٍ كليلة. كانت القطّة مُخدّرة، فلم تشعر طبعاً بأي شيء، إلا أنّ الصدمة تسببت فب تورّم العصب تورماً بلغ ضعف حجمه الطبيعي. وبغض النظر عن التورّم، لاحظت أنّه لم يحدث الشلل، ما زال العصب يؤدي وظيفته.

فهمت أخيراً فكرة ضرب العصب أولاً ثم تغطيته بالغطاء المعدني الدقيق. بدأ العصب بالتورّم، إلا أنّه هذه المرة لم يجد ما يتوسّع إليه بسبب الأسطوانة. ورأيت رد فعل حينها. سرعان ما فقدت القطة الشعور والحركة المرتبطين بالعضلات التي يدعمها ذلك العصب. تعلّمت كثيراً عن عطب الأعصاب، إلا أنّي لم أعرف ما يمكن أن أفعله بهذه النتائج، لذا ركنتها جانباً. كان ذلك منذ عشرةِ أعوامِ قد خلت. إلا أنّي ما زلت أحتفظ ببعض العينات هنا في مكانٍ ما».

كُنتُ معجباً بالذاكرة البصرية لديني بروان المتعلّقة بالنسق الذي رآه منذ سنين طويلة. أنزل أخيراً صندوقاً مغبرّاً لشرائح مجهرية، سحبها ووضعها جنباً إلى جنب مع عينات أعصاب تشينغلبُوت. توافقت العينات توافقاً تامّاً تحت المجهر. لدينا الآن نموذجان مستقلان للنسق المحيّر ذاته.

قالديني براون بفخرٍ ظاهر: «حسناً، سيخبرك هذا بشيء ما. أعصاب الجُذام يُدمّرها الإقفار (ischemia). شيء ما يدفعها للتورّم، وغطاء العصب [كُمّ من البروتين والدهن يُشكّل عازلاً حول خيطٍ ما] يحجر التورّم. ما يحدث هو أنّ الضغط داخل الغطاء يصير محصوراً للغاية حتى إنّه يسدّ إمداد الدم فيتسبب بالإقفار. وكأي نسيج آخر، يموت العصب إذا ما قُطع عنه إمداد الدم لفترة معينة».

ثبت أنّ ذلك المساء مع ديني بروان كان أثمن جلسة قضيتها في رحلتي ذات الأشهر الأربعة في أمريكا. الإقفار الذي أعرفه معرفة شخصية، ذلك أنّي جرّبته بوصفي أحد المتطوعين مع السير توماس لويس في كلية الطب. تذكرت الألم الذي شعرت بها لمّا اعترضت كفّة ضغط الدم وتشنّجت عضلاتي. ومن السخرية بمكان أنّ الآلية ذاتها التي تسببت لي بمثل ذلك الألم تفعل العكس في مرضاي بالجذام: كان يُدمر شعورهم بالألم. إذا ما تركت كفّة الضغط فترة كافية، لساعاتٍ وليس دقائق، ستدمر أعصاب يدي أيضاً، ومن ثم الشلل وفقدان الشعور.

للمرة الأولى توصّلت إلى تفسير منطقي لبطش الجُذام بالأعصاب. تغزو عُصيّات الجُذام الأعصاب، فيتفاعل الجسم بالاستجابة التقليدية عبر الالتهاب، دافعاً بالعصب ليتورّم. تتكاثر العُصيّات، فيُرسل الجسم طلباً للتعزيزات، ولن يمضي وقت طويل حتى يضغط العصب المتمدد على غطائه. وكما حدّت أغطية ديني براون المعدنية من تورّم أعصاب القطط، يعمل غطاء العصب الذي غزاه الجُذام كمضيّق، ثم وتدريجيّاً يسد العصب المتورّم إمداد الدم الخاص به، فيموت. لن ينقل العصب الميّت بعد الآن الإشارات الكهربائية للشعور والحركة.

بينما كنت أنقّل بصري بين عدسات المجهر في مكتب ديني بروان المبعثر، اكتملت [عندي] القطع الأخيرة لأحجية الجُذام. لقرون طويلة، ركّز الطب على الأذى المرئي الذي يُسببه الجُذام لأصابع القدمين واليدين

والوجه، مُثيراً خُرافة «الجسد الفاسد». عملي المُباشر مع المرضى، بالإضافة إلى عينات جُثة تشينغلبُوت، أقنعني أنّ المُشكلة الحقيقة تكمن في مكان آخر، في المسارات العصبية، إلا أني حتى تلك اللحظة لم أفهم كيفية تعطّل الأعصاب. تفسير ديني براون للإقفار حلّ الأحجية[١].

استطعت أخيراً ربط الصورة الكاملة للجُذام بأنّه، بشكل أوّلي، مرض يُصيب الأعصاب. تتكاثر العُصيّات في الأماكن الباردة كالجبهة والأنف، مُستدعيةً استجابة دفاعية، إلا أنّ هؤلاء الغزاة يتسببون أكثر ما يتسببون في الأضرار التجميلية (cosmetic damage). أفظع الأمارات الكارثية تظهر إذا ما غزت العُصيّات الأعصاب القريبة من سطح الجلد. يعمل كل عصب رئيسي كقناة لألياف الحركة والإحساس، وكل قصور فيه يؤثر عليها، [في هذه الحالة] لن تحمل عصبونات الحركة الرسائل من الدماغ، وستُشل عضلة اليد أو القدم أو الجفن؛ أمّا عصبونات الإحساس فلن تحمل رسائل اللمس والحرارة والألم، وسيصبح المريض عُرضةً للإصابة. إذا ما حدثت إصابة، فستحدث العدوى، ولربما تسبب رد فعل الجسد بتهشّم العظم أو ابتلاعه، مما يُخلّف أصابع اليد والقدم المُقصّرة.

تفكّرت بأوّل تواصل لي مع ضحايا الجذام، المُتسوّلين في شوارع فيلور. الأعراض التي بدت عليهم - العمى، الوجوه الممسوخة، الأيدي المشلولة، أصابع اليدين والقدمين المقضومة، القُرح في باطن القدمين - تُشير بلا شك إلى مرضٍ يُصيب الجلد والأطراف. استغرقتُ وقتاً طويلاً لأكون دقيقاً في توجيه اللوم [التحديد المسبب]. والآن لدي ما يؤكّد أنّ أكثر التشوّهات الفظيعة والأمارات المخوفة للجُذام من المصدر المتوحّش ذاته: الأعصاب التالفة.

---

(١) بعد سنوات، حدد د. توم سويفت (Dr. Tom Swift) سبباً آخر أقل شيوعاً للشلل الذي يحدث إذا ما غزا الجُذام أحياناً الأعصاب مُباشرة وأتلف مادة النخاعين (myelin) التي تُغطي الألياف. (المُؤلّف).

عُدت من رحلة روكفيلير المدفوعة التكاليف مُسلّحاً بمهارات جراحية جديدة مُثقلاً بذخيرةٍ [معرفية] لاستخدامها في نظرياتنا حول انعدام الألم، كما حملتُ معي حقيقة أننا وحدنا في الهند. يدرس أيّ من اختصاصيّي علم الأمراض العصبية الجُذام بوصفه مدمّراً للأعصاب، وما من أحدٍ إلا جرّاحاً واحداً ممن زرتهم عمل مع ضحايا الجُذام. وبدا جليّاً أن فيلور نفسها مركزٌ رائدٌ في حملتها التأهيلية للجُذام.

ما زال برنامجنا يفتقر إلى عنصر مُهم: ألا وهو مُستشفى متكامل للجُذام ومركز بحثي متخصص، حُلم بوب كوتشرين. في العام نفسه لرحلة روكفيلير، قدّمت حكومة الولاية موقعاً بحجم ٢٥٦ آكر في منطقة ريفية تُسمّى كاريغيري (Karigiri)، تبعد أربعة عشر ميلاً عن كُليّة الطب. لا أنسى مُطلقاً الهلع الذي شعرت به لمّا استكشفت هذه الأرض الحصباء المُقفرة. هبّت الرياح الحارّة في هذه المساحة القَفر، وبنزولي من سيارة الجيب صفعتني كما لو كانت تنوراً متفجّراً. قلتُ في نفسي: إنّه لا يوجد في العالم من سيختار العيش في مثل هذا المكان الجافّ. إلا أنّه يندر أن يتمتّع مرضى الجُذام برفاهية الاختيار الشخصي: اعترض الجيران شراءنا العديد من المواقع الرائعة القريبة من البلدة. قبِلنا بهذه الأرض ممتنين وبدأنا الحفر. وُضعت الخُطة لبناء مستشفى باستيعاب ثمانين سريراً، ومعمل بحثي مُعدّ إعداداً جيّداً، ومرفق تدريبي.

لم نلبث حتّى تمّ تعيين د. إيرنيست فريتشي ليكون الجرّاح الرئيسي في كاريغيري ثم القيّم الطبي له، وهي انتقالات وجيهة لأسباب متعلقةٍ بما يتجاوز مهاراته الطبيّة. والد فريتشي، وهو تبشيري سويدي زراعي، علّم ابنه المبادئ الأساسية لعلم النبات وعلم البيئة، وتبنّى إيرنست الآن الأرض القَفر في كاريغيري بوصفها مريضه الأصعب. حفر أخاديد في الأرض، وبنى سدوداً مُحيطية وسدود تصفية بغرض التحكم بالتعرية ورفع

مستوى الماء. جلب نباتات مُقاومة للجفاف بغرض تحقيق استقرار التربة الرقيقة. زرع ما يُقارب ألف شجرة كل عام، مُستنبتاً الشتلات في منزله الخاص، يزرعها بعناية، ويسقيها بصهريج ماء يجرّه ثور.

تغيّرت كاريغيري تدريجيّاً. كُنتُ أزور الموقع أسبوعيّاً، بدأت المباني البيضاء والرمادية المخصصة لمركز الأبحاث بالانتصاب والتطاول على الأُفق اللامع للصحراء. بمرور الوقت، ظهرت غابة خضراء وارفة لتغطّي هذه المباني، مُخفّضة حرارة الأرض ومروّضةً الرياح العنيفة. كُنتُ أتحرّى زياراتي بوصفها جلسات تعافٍ من حرارة البلدة. عادت الطيور، مئةُ نوعٍ مختلفٍ تقريباً، وكنتُ أحمل في حقيبتي منظاراً مُقرّباً.

كانت سرعة العمل البحثي في كاريغيري تتوافق مع سرعة التطوّرات الماديّة. حددنا مرّة بعض الأشياء الغريبة التي قد يُواجهها أي شخص قد انعدم الإحساس في جسمه، وقد استطعنا الحد جذريّاً من عدد الإصابات. والفِرق المتنقلة تخرج كل صباح لتوعية المرضى في القُرى.

بدأتُ في هذه الأثناء بنشر الأوراق العلمية والتنقل حول العالم، في محاولةٍ لإيصال ما عرفناه حول معالجة الجُذام. بدا الأطباء ممن خاضوا تجارب في حقل الجُذام زاهدين في نتائجنا بل ومعادين أحياناً. أذكر حديثاً دار مع طبيب صعب المِراس وكبير في السن في جنوب أفريقيا. بينما كنتُ أشرح نظرياتنا، أشرت إلى النفطات الكبيرة في راحة يد أحد مرضاه المصابين بالجُذام، وقلت: «لا شكّ أن هذه النفطات سببها الحروق. ولربما كان قد مسك قدر طبخ حديدي، ولم تكن لديه أي رسائل ألم لتحذّره أن يتركه».

انفجر الطبيب قائلاً: «أيّها الشاب، تعمل مع هذا المرض لأقل من عقد، وقد عملت معه حياتي بأكملها، وأعلم أنّ الجُذام يتسبب بنفطات في راحة اليد»، استهزأ بما قدّمته مما [يدحض الفكرة الشائعة عن النفطات في مرضى الجذام] كان التشخيص، بالنسبة له، تشخيصاً نهائيّاً لا يقبل

النقاش: يعمل الجُذام في نسق يُمكن توقّعه في تدميره الأنسجة ولا يُمكن استعادتها بأي طريقة معالجة.

اعتبرت منظمة الصحة العالمية (The World Health Organization) الجُذام في قائمة أولياتها الخمسة [للمعالجة والمكافحة]، وبدأت بضخّ ملايين الدولارات في البحث والعلاج، إلا أنّ المنظمة لم تبدِ إلا اهتماماً ضئيلاً بالتأهيل. ما إن تقضي العقاقير على العُصيّات النشِطة في المريض، حتى تُعلن المُنظمة تعافيه. التبعات المُدمّرة التي طالت العينين واليدين والقدمين كانت مُثيرة لأسفهم، إلا أنها لا تدخل في دائرة اهتمامهم.

كُنّا نُحاجج في كاريغيري أنّ للمرضى معاييرهم الخاصة بمعنى التعافي تختلف عن تلك التي وضعتها منظمة الصحّة، وأنّ رأي المريض غالباً ما يُحدد إذا ما كان العلاج فعّالاً أو لا. كنت أقول: «إننا نُعالج الشخص وليس المرض، وعليه ينبغي أنّ تتضمن برامجنا التدريب والتأهيل. إذ ما كان الإنسان الذي يتعالج بالعقاقير ما زال يجد القُرح في قدمه ويده وعينه، فإنّه سيتوقف بكل بساطة عن تناول الأقراص». يرى مرضاي المصابون بالجُذام أنّه إتلاف واضح لأجسامهم، وليس عدّ بكتيري حيّ (live bacterial count). يصعُب على الشخص الذي ثبت خلّوه من الجُذام النشِط الذي تركه كسيح اليدين والقدمين أن يظنّ بنفسه أنه قد تعافى، بغض النظر عمّا تدعيه المنظمة أو أي طبيب آخر.

وأخيراً، وفي عام ١٩٥٧م، ساعد صانع أفلام إيطالي في إحداث الصيت الذي كُنت أتطلع إليه. كارلو ماركوني (Carlo Mrconi)، الذي عاش لاحقاً في مومباي، وافق على إنتاج فلم وثائقي لعملنا، بدعم مالي من الحملة التبشيرية للجُذام في لندن. وكانت النتيجة، فيلم ليفتد هاندز (الأيدي المتضرّعة Lifted Hands)، يستعرض قصّة حياة صبي قروي كسيف أتى إلينا بأيدٍ مخلبيّة للغاية، ليتركنا بعد العملية الجراحية المكثّفة وقد استعاد يديه الطبيعيتين بعقد جديد مع الحياة. ماركوني، المتوخّي

للكمال، قضى عدة أسابيع معنا، مُربكاً لجداولنا المعتادة ومُبهجاً في الوقت نفسه القرويين الذين وظّفهم كممثلين إضافيين ومساعدين.

أثبت فيلم ليفتد هاندز قيمته فوراً تقريباً. لمّا انتهى في موعده، أحدث الفيلم أثراً قويّاً في مؤتمر أقيم في مدينة طوكيو حضره خُبراء الجذام من ثلاثٍ وأربعين دولة. بدا أخيراً أنهم استوعبوا أهمية الوقاية وتصحيح التشوّهات. مُعارض واحد ووحيد، وهو عالم صارم كان يطالب ببيانات فائقة الدقّة، منع اللجنة من تبني سياسة جديدة، إذ قال: «ليس لدينا ما يُثبت دقّة ادّعاءات د. براند حول دور انعدام الألم في الإصابة بالتشوّهات. ينبغي علينا ألا نُمرر أي قرار دون استجلاء كامل».

من السخرية أنّ ذلك الاعتراض كان اعتراضاً مصيريّاً لحملتنا. نزل علينا في فيلور فريق من جرّاحي الأيدي، وعلماء طبّ روّاد، ومتخصصين في الجُذام؛ لتنفيذ هذا الطلب. لحسن الحظ أننا نحتفظ بسجلات دقيقة حول كل عملية جراحية أجريناها لمرضانا. كُنّا نتّبع إجراءً معياريّاً يتمثّل في كتابة تسع عشرة فقرة وصفية لكل عملية منها: (١ ـ المنطقة الظاهرة قبل العملية، ٢ ـ إعداد الجِلد، ٣ ـ التخدير، ٤ ـ القطع، وخلافه). بالإضافة إلى ذلك، احتفظنا بسجلات صور كاملة لكل يد تُظهر مدى التطوّر للحركة والمرونة: ست صور قبل العملية، وست صور بعدها، وست صور خلال العلاج الطبيعي بعد العملية، وصور تعقيبية بعد عام ثم بعد خمسة أعوام. فأتحنا كل هذه الملفات للخبراء كما أتحنا لهم فحص مرضانا [ممن تستغرق معالجتهم] فترة طويلة.

للمرة الأولى على الإطلاق اجتمع لدينا جراحون عالميون وخبراء جُذام في غرفة واحدة كلهم يُركّز على المسائل الطبية ذاتها؛ وقد انفجر هذا المزيج. أخذت الحماسة بجرّاحي اليد حول ما يُمكن فعله باليد المشلولة، أما اختصاصيو الجذام فقد تحمّسوا لمعدّل نجاحنا في مداواة الجروح ومنع الإصابات. أدركت المجموعة كلها الرؤية المتعلقة بالتأهيل

التي ظلّت مُحفّزنا منذ أيامنا الأولى في عيادة اليد ذات الجدران الطينية. بهمةٍ عظيمة، أصدرت هذه اللجنة تقريراً رسمياً يُثبت صحة توجّهنا نحو التأهيل. لم يمضِ وقت طويل حتى تعاقدت معي منظمة الصحة العالمية بوصفي مُستشاراً، ولتُصبح كاريغيري محطةً اعتيادية لخُبراء الجُذام العالميين ولجميع المُتدربين الجُدد المدعومين من المنظمة.

لا ريب أنّ الأعوام القليلة التالية شهدت توافد الجرّاحين واختصاصيي العلاج الطبيعي من أكثر من ثلاثين دولةً على تلك البلدة الصغيرة في صحراء جنوب الهند. كان بإمكانهم دراسة الطب وعلم الأوبئة في أي مكان آخر، لكن ما من مكان سيُقدم لهم الخبرة العملية في جراحة مرضى الجُذام وتأهيلهم. في زياراتي الأسبوعية لكاريغيري، كُنت عادة ما أتناول الغداء في غرفة طعام الضيوف، حيث أنضم إلى العاملين الصحيين القادمين من عشرات الدول. حُلم بوب كوتشرن الأصلي المُتعلق ببناء مركز تدريب عالمي في كاريغيري صار واقعاً أخيراً.

الترميم

كاريغيري، لمن شهدها منّا في أيامها الأولى، انفلقت في قلب الصحراء عن مُعجزة طبيعية؛ واحة من الجمال والآمال المتجددة في ساحةٍ موات. رأيت في هذا التحول رمزاً لما تطلعنا لإنجازه مع مرضانا. كُنّا نحاول إعادة تشكيل حيوات البشر، وقد أتى العديد منهم إلينا مجرّداً من كل أمل. هل يُمكن أن تفعل العناية الشفوق لهم ما تفعله لهذه الأرض؟ اقترب هذا الرمز ليكون واقعاً بمرور الأعوام القليلة التالية.

أمي، غراني براند، ما زالت آنذاك نشيطة في الجِبال وقد جلبت لنا بعض أصعب الحالات التي باشرناها. كانت تظهر لنا مرتين أو ثلاث مرات في العام بعد رحلةٍ دامت لأربعٍ وعشرين ساعة على ظهر الحصان والحافلة والقِطار ومعها عينةٌ إنسانية بائسة كانت تحت نظرها، وعادة ما تكون متسولاً شبه جائع بأعضاء شللها بليغ، وأصابع يدين وقدمين

مفقودة، وتقرّحات مكشوفة في اليدين والقدمين. كُنت أشرح لها أنّه ليس لدينا أسرّة شاغرة وأن علينا اختيار مرضانا بدقّة وذلك على أساس مستوى الإمكانيات التي تنتظر المريض بعد تعافيه، فكانت تبتسم ابتسامةً حُلوة وتقول: «أوه! أعلم ذلك بول، افعلها هذه المرة لأجل أمك العجوز. وصلِّ لما يُريد اليسوع منك أن تفعله»، وكالعادة، كانت تربح الجدال.

غالباً ما كانت العناية الفائقة في كاريغيري تُوجّه «للمجهولين» كهؤلاء. إلا أنّ الطاقم ـ وقد وظّفنا العديد منهم من سكان القرى المحليين ـ لم يتراجع أو يشح بوجهه. تلاشى الخوف كما تلاشت الخرافة لمّا فهموا طبيعة المرض. كانوا يستمعون لقصص المرضى الجدد، بلا تقزز ولا خوف. كانوا يستخدمون سحر اللمسة الإنسانية. كُنتُ بعد عام تقريباً أرى هؤلاء المرضى، يُشبهون لازاروس، يمشون خارجين من مستشفانا برأسٍ مرفوعٍ إلى المنزل أو مركز نيو لايف لتعلّم حرفة ما. بمنحة من الصليب الأحمر السويدي تمكّنا من إنشاء مصنع متوسّط مصمم خصيصاً لتوظيف العاملين المُصابين بالجُذام، وشلل الأطفال، وكل مرض مُعيق.

انتشرت المعرفة بالجُذام وانهارت سدود الوصمة والعار، وكُنا ننجح أحياناً في ترميم حياة مرضى الجُذام لما كانت عليه سابقاً. لم يكن فيجي (Vijay)، مُحامي محكمة من كالكوتا (Calcutta)، كأحد مرضانا المُعتادين؛ ذلك أنّه قدِم من طبقة عُليا. كان يتمتّع بحياة مهنية ناجحة في المحاماة حتى جاء اليوم الذي اكتشف فيه علامات الإصابة بالجُذام. سعى إلى الاستشارة الطبية وأخذ إجازة من العمل لعدة أشهر بغرض الخضوع للعلاج المكثف بعقاقير السولفون. لم يمضِ وقت طويل حتى تمّت السيطرة على المرض وتلقى فيجي وثيقة تُثبت أنه سلبي للجذام. على الرغم من أنه لا يُشكّل أي خطرٍ، فإنّ المحامين الآخرين في المحكمة رفعوا عريضة لشطب رخصته منعاً له من العودة إلى ممارسة المُحاماة، وتمثّل اعتراضهم في أنّ الأيدي المخلبية مشينة في قاعة المحكمة.

أبرق لي فيجي يائساً فاستعجلته بالمجيء فوراً إلى مستشفانا. طار إلى مدراس ثم ركب القطار إلى كاريغيري. قال فيجي: «إن جلسة الاستماع لتقرير مستقبلي ستعقد بعد خمسة أسابيع، وينبغي أن يكون لدي يدان جديدتان بحلول ذلك الوقت». لم أُجرِ قط العملية الجراحية ليدي مريضٍ في آنٍ - كنّا دائماً ما نترك يداً حُرّة ليستخدمها في الطعام والضروريات الأخرى - إلا أنّ حالة فيجي مختلفة. أجرينا العمليات على أصابع يديه كلتيهما وإبهاميه في الوقت نفسه، وضمدناها ووضعناها في الجبائر. كان يُطعم وتُغيّر له ملابسه على يد المُمرضات والمساعدين، إذ كان يائساً تماماً وبيدين مُجبّرتين. أزلنا بعد ثلاثة أسابيع الجبائر ووضعنا له برنامجاً مُسرّعاً في العلاج الطبيعي. في اليوم الأخير من مهلة الأسابيع الخمسة، قُدناه بالسيارة إلى القطار - وكان خلال ذلك يُدرب أصابعه - وذلك في رحلة عودته إلى مطار مدراس.

كان لفيجي نزعة لإقامة دراما في قاعة المحكمة. في جلسة الاستماع، كما أخبرني لاحقاً، أبقى يديه مخفيتين حتى تمّ تقديم كل الشكاوى. ولما حان دوره تحدّث مطوّلاً عن التزمّت الذي يُمارسه أولئك الذين يرون العيب الجسدي شيئاً مُخلّاً بمقام المحكمة. واصل حديثه ولم يذكر حالته حتى وصل الفقرة الختامية، [قائلاً فيها]: «أما بالنسبة لوضعي، اشتكى مُتهميّ يديّ المعيبتين. وأُسائل المحكمة الآن، عن أي تشوّهات يتحدثون؟»، ثم أخرج يديه من جيبيه ورفعهما عالياً، مفرّجاً عن الأصابع المستقيمة، حيث لا تظهر أي علامة لتخلبها. تجمهر المحامون المتّهِمون بدهشةٍ وإعجاب. ثم رُفضت القضية.

خلال العقد التالي، وبعملي مع مرضى مثل فيجي في المرافق الجديدة والموسّعة في كاريغيري، لاحظت أنّي لم أشعر قط بمثل هذا الحسّ المُتعاظم من الرضا الذاتي. بشكل غير متوقّع نهائيّاً، جمع لي العمل في حقل الجُذام ما تشتت من أمري. أتقنت كل العمليات التي كُنت أستطيع إجراءها، كما أنه لديّ معملاً راقياً لإجراء الأبحاث، كما

كان لدي فرصة العودة بالزمن لإحياء المهارات التي تعلّمتها في مجال البناء. أذكر شعوراً شديد الوخز من الديجا فو (deja vu)[١] لما جلست مع بضعة صبية في قرية نيو لايف، مُشرفاً عليهم في كيفية استخدامهم لأيديهم المُرممة في النجارة. انتقلت فجأة إلى منضدة العمل التي تدرّبت عليها، ومشرفي معي يوجّهني. لديّ شعور خفيّ وجليل بأنّ يد الرب تدفع بي إلى الأمام، سائراً في الدروب التي ظننتها أزقة مُضللة.

مثلت عملية مُتابعة المرضى طوال دائرة التأهيل كاملةً تحدياً إلى أقصى درجة في توجهي حيال الطب. في مكان ما، في كلية الطب غالباً، كان للأطباء توجّه بدا مريباً وكأنه متعجرف [كقولهم]: «أوه! وصلتَ على الوقت تماماً. ثق بي. أظن أنّي سأستطيع إنقاذك». قضى العمل في كاريغيري على تلك العجرفة. لا نستطيع «إنقاذ» مرضى الجُذام. نعم، نستطيع إيقاف المرض، كما إصلاح بعض التلف، إلا أنّه على كل مريض جُذام نُعالجه العودة [من المكان الذي أتى إليه]، مواجهاً لكل الغرائبيات الكاسحة، ومحاولاً بناء حياة جديدة. بدأت أنظر إلى إسهامي الرئيسية كشيءٍ لم أدرسه في كلية الطب [ألا وهو]: العمل مع مرضاي شركاء جنباً إلى جنب في مهمة استعادة كرامة الروح المنكسرة. وهذا هو المعنى الحقيقي للتأهيل.

كان كل مريض من مرضانا يودي دوراً رئيساً في الدراما الذاتية للتعافي. إعادة التنظيم الميكانيكية للعضلات والأوتار والعظام التي كُنا نفعلها ما هي إلا خطوة واحدة في إعادة بناء الحياة المتدمرة. المرضى أنفسهم كانوا هم من يسيرون في الدرب العسير.

---

(١) ديجا فو (déjà vu): كلمة من أصل فرنسي وتعني: «ألفة الرؤية»؛ أي: أن يمرّ أمام الإنسان مشهد أو يسمع كلاماً يُخيّل إليه أنّه سبق أن شاهده أو سمعه. يُفضل القراءة فيه باستضافة في علم النفس؛ إذ للثقافات تفسيراتها غير الواقعية أحياناً لهذه الظاهرة. (المُترجمة).

١٢

إلى البايو[1]

«الألم صبغة الخواء
إذ لا يُمكن استحضار ما كان قبله
فإذا ما بدأ، وكأنه لم يمر يومٌ دونه
لا مستقبل له إلا نفسه
ملكوته السرمديّ هو ماضيه
الذي يُمهّد له عهوداً جديدة من الألم»

إيميلي ديكينسون (Emily Dickinson)

في عام ١٩٦٥م، بعدما يقارب العشرين عاماً في الهند، اتّخذنا قراراً صعباً في الانتقال. بدا أنّ الطاقم الهندي الماهر حذق أغلب فروق العمل في حقل الجُذام، ولمّا كُنت أقضي شهوراً عدة سنويّاً في التنقل حول العالم، ضعُفت روابطي بكاريغيري. عائلة براند الآن تتكوّن من ستة أطفال، وقد اقترب بعضهم من سن المرحلة الجامعية، وبدا أنه الوقت المُناسب للاستقرار في مكان آخر. عُدنا إلى إنجلترا متصوّرين أنها ستكون وطننا الأبدي.

---

(١) البايو (Bayou): كلمة فرنسية تعني: مسطحات الماء، كالجداول، في الأراضي المنبسطة، جلبتها معها قبيلة الكاجو (Cajun) الفرنسية لما استوطنت الأرض التي عُرفت بلويزيانا. (المُترجمة).

تغيّرت هذه الخطط لما أعادتني جولة محاضرات إلى كارفيل، في لويزيانا، حيث استُقبلت هذه المرّة بحرارة. د. إيدغار جونويك (Dr. Edgar Johnwick)، مُدير لمستشفى الجُذام، جلس مشدوهاً بينما كنت أصف برنامج كاريغيري. لا بد وأنّي أثرت غرائزه التنافسية الأمريكية، ذلك أنّه أخذني جانباً ذلك المساء وقال بقلقٍ واضح: «من الجليّ أنّ مرضاك في الهند يخضعون لبرنامج تأهيلٍ أفضل من الذي يتلقاه مرضانا في الولايات المتحدة. وكمسؤولٍ في الخدمات الصحية العامّة في الولايات المتّحدة، فإنّي لا أقبل بهذا. هل لك أن تفكر في الانتقال إلى هنا لإقامة برنامج مُشابه؟».

أنا وزوجتي، المواطنَيْن البريطانيان اللذَيْن عملا في الهند، كُنّا نُقاوم أن تُضاف ثقافة ثالثة لحياة أطفالنا. إلا أنّ د. جونويك أثبت أنّه رجل مبيعات بارع. وعدنا أنّه سيستحدث مكاناً في طب العيون في كارفيل لمارغريت، وأنّ مكتب الخدمات الصحية العامّة في الولايات المتحدة سيقدّم الدعم الكامل لعملي الاستشاري عبر البحار. قال: «إنه أقل ما يُمكن أن نفعله»، وذلك بعد بعض الاتصالات مع العاصمة واشنطن لأخذ الموافقة الرسمية.

تحدّثت إلى شريط تسجيل لنصف ساعة، واصفاً الفُرص في كارفيل وانطباعاتي عن لويزيانا بلد البايو، وأرسلت الشريط إلى لندن. لما وصل الشريط، جلست مارغريت مع كل الأطفال الستة متحوّطين للاستماع إلى الشريط وإعادته، كما يبحثون عن كارفيل في الخريطة. (يقع المُستشفى على تقويس قريبٍ من نهر الميسيسيبي the Mississippi River)، في ثلث الطريق تقريباً ما بين باتون روج (Baton Rouge) إلى نيو أورلانز (New Orleans). كان لكل الأطفال الستة حق التصويت، وصوّت جميعهم لصالح انتقال العائلة إلى أمريكا، بالرغم من أن ابنتنا الكُبرى، جين، صوّتت للبقاء في لندن لاستكمال دراستها في كلية التمريض.

في شهر يناير من عام ١٩٦٦م، دخلت عائلة براند العالم المُغاير لمطبخ الكاجون (Cajun)، وسياسة الهوي لونق ستايل (- Huey Long style)[١]، وأساطير قوارب الأنهار، وذلك بانتقالنا إلى منزل مُثلث خشبي على أرض المستشفى، إلى جوار شط نهر الميسيسيبّي.

الاستغراق في ثقافة جديدة يُفضي إلى العديد من التعديلات. قاومت ومارغريت طلب العائلة لإحضار تلفاز، إلا أنّنا استجبنا أخيراً للضغط الرهيب (نحن الوحيدون في أمريكا الذين ليس لديهم تلفاز!) واشترينا واحداً يبث باللونين الأبيض والأسود. أطفالنا، المعتادون على المدارس البريطانية حيث يقف الطلبة بدخول المُعلم إلى الغرفة أو عند مناداتهم، صُدموا بالسلوك الأريحي لأطفال المدارس الأمريكيين. بالإضافة إلى دراستهم في مدرسة تقع جنوب أمريكا في أواخر ستينيات القرن العشرين[٢]، وجدوا أنفسهم مأخوذين بدوامة من دوامات قضايا الحقوق المدنية.

تفكّر

بالرغم من ذلك، كانت عائلتنا متناغمة مع نوع آخر من التحيّز. كان مُستشفى كارفيل يُدار أساساً على يد مجموعة من الراهبات كملجأٍ للمرضى المُهجّرين من نيو أورلانز. لاحقاً، وتحت إدارة الولاية ثم الحكومة الفيدرالية، مرّ على المستشفى تاريخ طويل من المعاملة العنصرية

---

(١) أسلوب حديث يُنسب للسياسي النافذ في ولاية لويزيانا هوي لونغ (Huey Long) (المترجمة).

(٢) كانت حقبة الستينيات من القرن العشرين في الولايات المتحدة ـ وما تلاها ـ من الحقب التي غيرت كثيراً في مسار التاريخ من حيث الأحداث التي حدثت خلالها مثل اغتيال الرئيس الأمريكي وحرب فيتنام وحركة الحقوق المدنية وفجوة الأجيال وانفجار المواليد كما التقدم العلمي والطبي. يُنصح بالقراءة في هذه الحقبة والقراءة عن الأعلام الواردين في هذا القسم لتصوّر ما يقصده المؤلّف بحديثه عن الأمريكيين وبلدهم. (المُترجمة).

لمرضى الجُذام، حتّى إن أطفالنا تفاجؤوا بوجود سياسة رسمية أقلّ تنوّراً من تلك التي عرفوها في الهند. خلال عهدٍ قريب؛ أي: في أواخر خمسينيات القرن العشرين، كان المرضى يصلون المستشفى مقيّدين. كل ما يُرسله المريض يجب أن يمر على مرحلة تعقيم فائقة، وهي الممارسة العبثية وغير المجدية طبيّاً التي عارضتها إدارة المستشفى لفترة طويلة إلا أن بيروقراطية واشنطن لم تُغيرها آنذاك[1]. كان للمستشفى أيضاً قواعد تمنع المرضى من زيارة منازل الطاقم، ويحظر على الأطفال تحت سن السادسة عشرة من دخول مناطق المرضى، وهي القواعد التي وجد أطفالنا أساليب لخرقها.

رفضت ابنتي ماري (Mary) إقامة حفل عرسها في القاعة المُشجّرة القديمة في كارفيل؛ ذلك أنّه لم يكن يُسمح للمرضى بدخول المبنى. الابنة الأخرى، إيستيل (Estelle)، انتهى بها المطاف بالزواج من مريض سابق والانتقال إلى هاواي. أصغر بناتي، بولين (Pauline)، اتخذت توجّهاً آخر، مُفضلةً تعرية المخاوف المُبالغ بها ضد المرض. كانت كارفيل مشهورة جدّاً في منطقة لويزيانا، ويقود السيّاح سياراتهم أحياناً قريباً من سياج المستشفى، مُطلّين برؤوسهم لاغتنام نظرة إلى «المجذومين» في الداخل. كانت بولين تقف على السياج حتى إذا ما رأت سيارة

(١) صديق مُعالج بالعلاج الطبيعي في الهند يدّعي، بشكل متناقض، أنّه كلما ارتفع مستوى التعليم في المجتمعات، تزايد لديها التعيير بالمرض. وذكر غينيا الجديدة وأفريقيا الوسطى، أنها ممن تميل إلى قبول مرضى الجُذام أكثر من اليابان وكوريا والولايات المتحدة. اعتدت مجادلته في ذلك، إلا أنّ سياسة الولايات المتحدة المُتّبعة بعد الحرب الفيتنامية (Vietnam War) استوقفتني. عشرات الآلاف من «ركّاب القوارب» اللاجئين سعوا إلى اللجوء في الولايات المتحدة، وكُنا في مكتب الخدمات الصحية العامة ننصح بشدة باختبار الجُذام فيهم. معدل الإصابة بالجُذام في فيتنام مرتفع قليلاً، ومن الحُمق البليغ قبول حاملين نشطين له دون فحصهم وإعدادهم للعلاج. إلا أنّ الحكومة لم تقبل بطلبنا، إذا كان ذلك مُجازفة كبيرة، على حد قولهم. إذا ما تسرّب خبرٌ للإعلان أنّ بعض لاجئي القوارب مصابون بالجُذام، فإنّ العموم سيقف في وجه المشروع بأكمله. (المُؤلّف).

تقترب، تثني أصابعها، وتعوج وجهها، وتفعل ما بوسعها لتصدُق عليها الصورة النمطية، أملاً في إخافة الخُرْق.

أمتعتنا المؤقتات القديمة في كارفيل بالمرويّات المتعلقة بماضي المُستشفى الأسود. وصمة الجُذام التي ألصقت بالمستشفى كانت في زمنٍ خلا مشينة للغاية، حتّى إن العديد من المرضى غيروا أسماءهم لحماية عائلاتهم في الخارج. (استمعت إلى قصص حول الراحلة «آن بيج (Ann Page)» التي استعارت اسم بقالةٍ محلّية ليكون اسمها) لوقت طويل حُجب عن مرضى الجُذام، كما المُجرمين، حق التصويت. كان عليهم غمس المال الذي يخرجونه من جيوبهم في مطهّر قبل استخدامه. قال لي أحد المرضى: «لطالما كان هذا المكان أشبه بالسجن، ككل الأصدقاء هنا، كان لي زوجة وأطفال، إلا أنّ الجُذام ذلك الوقت كان مستنداً قانونيّاً في الطلاق والاعتقال، وفي مرّة، أتى إليّ العمدة وأرسلني إلى كارفيل. كُنت أستطيع تجاوز الأسلاك الشائكة، كما أظن. إلا أنّ من يُلقى القبض عليه هارباً من كارفيل يُواجه بعقوبة الحبس. ويصعُب على مريض الجُذام الاختباء».

أشكر للدكتور جونويك قيادته الرائعة، حيث انشقّت كارفيل الحديثة عن ماضيها الغامض. أُبطلت قوانين الحجر الصحي (Quarantine) للجُذام. وتمّت إزالة الأسلاك البربريّة المُحيطة بأرض المستشفى، وصارت الزيارة مُتاحة ثلاث مراتٍ في اليوم. توفّي جونويك إثر أزمةٍ قلبيةٍ مفاجئة قُبيل وصولنا، إلا أنّ إصلاحاته الإنسانية كانت قد أخذت طريقها وسرعان ما هوت قلاع العنصرية الأخيرة.

أحببت منطقة كارفيل: مسارات طويلة من أشجار الصفصاف المنتشرة في الأشنات الأسبانية، والأحصنة والمواشي ترتع في الحقول الواسعة من الحشائش وأزهار القضبان الذهبية. بإنزال علم الحجر الصحي الأصفر، صارت كارفيل الآن مكاناً جذّاباً ليعيش فيه المرضى. لديهم الآن غرف

مستقلة، وملعب لكرة المضرب، وبحيرة مليئة بالسمك، وملعب بتسعِ فتحات للغولف. باستطاعتهم الآن التجوّل في الأراضي المشجّرة التي تبلغ مساحتها أربعمئة آكر، متنزهين على جال الشاطئ، ولربما ركبوا زورقاً يقطع النهر لزيارة مقهًى يُقدم الجراد البحري.

بيئة لطيفة، وغُرفة واسعة ومستقلة، ورعاية صحية مُمتازة، واستجمام وتسلية تدعمهما الحكومة، ومبانٍ مكيّفة، هذا المستوى من الراحة الذي ينعم به مرضاي في هذه المنطقة المُشجّرة يتجاوز كل ما عرفته في الهند. إلا أنّ الجُذام وجد طريقاً لنسقه المميز في التدمير بغض النظر عن البيئة.

لمّا وصلت إلى كارفيل عام ١٩٦٦م كان أشهرُ مريضٍ رجلاً يُدعى ستانلي ستين (Stanley Stein). وُلد ستانلي عام ١٨٩٩م، كان عمره يزيد عن القرن، بالرغم من أن ندوب الجُذام على وجهه صعّبت تقدير عمره. ستانلي كان رجلاً خفيف الظل داهيةً، كان يستمتع بعمله في التمثيل قبل أن يكون صيدلانيّاً. في عمر الواحد والثلاثين، تم تشخصيه بالجُذام وسُرعان ما نُقل إلى كارفيل، حيث قضى بقية حياته. كان قد كتب سيرة ذاتية مُرّة، بعنوان لم أعد وحدي (Alone No Longer)، وأسس صحيفة ذا ستار (The Star)، وهي صحيفة للمرضى لها قرّاء مشتركون من أقطاب العالم. كان ستانلي هو الذي روى لي كثيراً من قصص ماضي كارفيل.

في الوقت الذي التقيت فيه ستانلي، كان قد فقد كل الصلات الحسّية بيديه وقدميه وأصيب بالعمى مؤخراً. غطّت الندوب والقُرح يديه وقدميه ووجهه، وظلّ شاهداً صامتاً على العنف غير المقصود الذي تعرض له جسده لافتقاره إلى الشعور بالألم. أخبرني ستانلي بأنّه لما بدأ الجفاف في عينيه كان يُريحه أن يُغطّيهما بكمادات رطبة. كان يقف في المغطس ويترك الماء يجري ظاناً أنّه قد وصل إلى درجة الحرارة المُناسبة. ولسوء الحظ، فإنّه ونظراً لفقدانه الشعور لم يكن يستطيع تحديد درجة الحرارة، فكان أحياناً يسفع يديه ووجه، متسبباً بالندبات والمزيد من التشوّهات.

عقّد العمى حياة ستانلي، وصار يقضي وقتاً أطول في غرفته. أخذ على عاتقه مواصلة عمله في ذا ستار وذلك بأن تُقرأ المقالات له ويستخدم جهاز التسجيل الديكتافون (dictaphone) لتسجيل كتاباته. كان لستانلي عقلٌ ألمعيّ، وكنت أحب زيارته. متحسساً لأدنى تغيّر في نبرة صوتي، كان سُرعان ما يُدرك المعنى الذي يختبئ فيما أقوله. كان يسألني عن التوجّهات حيال المرض في مختلف البلدان، ويرغب بمعرفة أي تطوّرات جديدة في معالجة المرض.

بتقدّم المرض في جسم ستانلي، صار للعُصيات مقاومة لأفضل عقاقيرنا، انتقل أطباؤه إلى الستربتوميسين (streptomycin)، وهو مضاد حيوي قويّ من أضراره الجانبية صمم الأعصاب أحياناً. ومن المفجع أن بدأ ستانلي ستين بفقدان سمعه، صلته الأخيرة بالعالم الخارجي. لم يعد بإمكانه الاستماع إلى النشرات الجديدة والكتب الناطقة، وصار التحدث مع الأصدقاء صعباً للغاية.

على العكس من هيلين كيلير (Helen Keller)، لم يكن بإمكان ستانلي حتى استخدام لغة الإشارة باللمس، ذلك أنّ الجُذام قد دمّر شعوره باللمس. أذكر أنّي دخلت غرفة ستانلي، ورغبت في أنّ يعرف بحضوري. لم يستطع أن يراني، وكان حسّه للمس منعدماً لدرجة أني كنتُ أشدّ على يده وأصافحها بعنف ليشعر بشيء. كان وجهه يُشرق إذا ما أدرك وجود زائر، وكان يتلمّس طاولة السرير الجانبية عبثاً بحثاً عن أداته المساعدة على السمع. كُنت أجدها لها وأتحدث بصوتٍ عالٍ قريباً من مدى الأداة. كنا نستطيع التواصل لفترة ما، إلا أنّه لم يلبث حتى صمت كل شيء.

بالكاد كانت زيارة ستانلي خلال الشهور الأخيرة من حياته محتملة. عاجزٌ عن الرؤية، عاجزٌ عن السمع، عاجزٌ عن الحسّ، كان يستيقظ مرتبكاً. كان يمدّ يده ولا يعلم ماذا يلمس، ويتحدث جاهلاً إن كان أحدٌ يسمعه أو يُجيبه. وجدته مرة جالساً على كُرسي مُغمغماً مع نفسه برتم

متواصل، قائلاً: «لا أعرف أين أنا. هل هناك أحد في الغرفة معي؟ لا أعرف من أنت، وأفكاري تحوم وتحوم، ولا أستطيع التفكير بأفكار جديدة».

غمرني شعور أسيف حيال وحدة ستانلي ستين المُطلقة. كتب رولو ماي (Rollo May)[1]: «الوحدة الحادّة، تبدو أنّها أشد أنواع القلق إيلاماً مما يُمكن أن يُعانيه الإنسان. غالباً ما يُخبرنا المرضى أنّ الألم ثُقب محسوس في صدورهم، أو أنه يشبه قطعاً بموس حادٍ في منطقة القلب». نظراً لافتقاره الألم، فإنّ ستانلي ستين يُعاني ألماً أعظم. دماغه، بكل ما فيه من حيوية وفطنة ولوذعية، لا يزال سليماً. إلا أنّ المسارات نحو الدماغ كانت قد جفّت، واحداً تلو الآخر، نظراً إلى تلف الأعصاب الرئيسية. حتى الشعور بالرائحة اختفى لما غزا الجُذام غشاء أنف ستانلي. باستثناء التذوّق، كل المداخل المؤدية إلى العالم الخارجي أُغلقت الآن. وصار الصندوق العاجي العظمي الذي كان يحمي العقل سجنه.

أدواتٌ جديدة

وصلت إلى الولايات المتحدة في فترة طلائع البحث العلمي. كانت الحكومة تدعم بسخاء البرامج الصحية، حتى لو كانت، كما في وضعنا، ستنفع أصلاً آخرين في مكانٍ آخر. (عدد المُسجلين المُصابين بالجذام في الولايات المتحدة كان - لا يزال حتى يومنا هذا - يُقارب ستة آلاف فقط) كان عدد أعضاء الطاقم في كارفيل يُقارب عدد المرضى وكُنا نستطيع الحصول على المعدات البحثية التي كانت تُعدّ ترفاً في الهند. ومن ذلك، على سبيل المثال، سمعت عن تقنية مُثيرة للاهتمام، وهي التصوير الحراري (thermography)، كانت واعدةً في التطبيقات الطبيّة، وطلبت

---

(١) رولو ماي (Rollo May) (١٩٠٩ - ١٩٩٤م): عالم نفس ومؤلف بريطاني، ويُعد والد المعالجة النفسية الوجودية (existential pshyotherapy) وممن فنّد نظريات فرويد. (المُترجمة).

وحدة قيمتها ٤٠,٠٠٠ دولار لعيادتنا. كانت تقنية التصوير الحراري آلة دقيقة لقياس الحرارة.

أدركنا في الهند أهمية مراقبة حرارة قدمي المريض ويديه. إذ ونظراً لانعدام الحسّ عندهم، لا يعلمون عادةً بتلف الأنسجة الواقعة تحت سطح الجلد، إلا أنّ الجسم يستجيب لذلك بدفق إمداد الدم العالي إلى المنطقة المتضررة. منطقة العدوى الصغيرة في القدم، على سبيل المثال، تتطلب ما بين ثلاثة إلى أربعة أضعاف من إمداد الدم العادي لالتئام الجرح والسيطرة على العدوى. دربت يدي على استكشاف هذه «البقع الحارّة»، متمرساً لذلك حتى إني استطعتُ تدريجيّاً تعرّف أدنى تغير في الحرارة ولو كان درجة سيلسيوية واحدة، أو نصفها وحتى ربعها. إذا ما شعرت ببقعة دافئة في قدم المريض، أعلم أنه من المرجح أن يعني ذلك وجود التهاب، وعليه أوليه عناية خاصة. إذا ما استمرّت درجة الحرارة العالية، كُنت أطلب أشعة سينية لأرى مكان العظم المهشّم.

الآن، وعلى شاشة التصوير الحراري أو الصور المطبوعة، أستطيع رؤية القدم بأكملها فوراً، حيث تظهر تغيرات الحرارة حتى أدنى من ربع الدرجة. تظهر المناطق الباردة من الجلد خضراء أو زرقاء، بينما تظهر المناطق الأدفأ بنفسجية، أو برتقالية، أو حمراء. أعلى المناطق حرارة تبرقُ باللون الأصفر أو الأبيض. كان استخدام التصوير الحراري مُمتعاً وأخّاذاً ذلك أنّه يُظهر خرائط ملوّنة لليد أو القدم. جرّبنا الآلة لعدة أسابيع قبل أن نُدرك إمكانياتها الحقيقية [التي تمثّلت] في أنّ دقة التصوير الحراري تتيح لنا اكتشاف المُشكلات في مرحلة مبكرة مما يُساعد على تعويض فقدان الألم.

عادة، فور أن تلامس القدم شوكةً وتضغط عليها، حتى تولول النهايات [العصبية] للألم، لوقايتك من الإصابة البليغة. مرضاي المُصابون بالجُذام، بافتقارهم لنظام التحذير المتقدّم هذا، سيواصلون المشي والدفع

بالشوكة عميقاً في القدم، المُشكلة التي تعلّمنا معالجتها بالمعالجة المكثفة لهذه الإصابات الظاهرية فوراً. الأصعب كان الضرر الذي تُسببه تقرّحات الضغط: وهي تقرحات تظهر تحت سطح الجلد لتنفجر لاحقاً عن قُرحة في مرحلة متقدّمة. وفّر لنا التصوير الحراري، وللمرة الأولى، القدرة على النظر لما تحت الجلد ومراقبة الالتهاب قبل أن يُظهر نفسه على سطح الجلد. نستطيع الآن منع القُرح، وذلك بإيقاف الأنسجة عن التهتّك سريعاً.

إذا ما أظهر التصوير الحراري بقعة دافئة في اليد أو القدم، كُنّا نستطيع تجميد العضو لبضعة أيام، أو على الأقل تقليل الضغط الذي يحتمله العضو، وذلك وقاية للمريض من التعرض لضرر أكثر ومعالجة بواكير المُشكلة. بالمقارنة مع نظام الألم السليم، كانت تقنية التصوير الحراري المتطوّرة، وبلا شك، بدائية، إذ تكشف عن المشكلة إذا ما حدثت، وليس قبل حدوثها (يكمن جمال الألم في أنّه يُعلمك فوراً إذا ما كنت تُؤذي نفسك). ولا ريب أنّه منحنا دقة جديدة في مراقبة المشكلات المتوقّعة. بدأت أطلب من مرضى كارفيل الزيارة المنتظمة للكشف الدوري على اليدين والقدمين باستخدام التصوير الحراري.

كانت الأشهر الأولى القليلة لتلك العيادات مُحيرة. أذكر جلسة التصوير الحراري الأولى مع خوسيه (Jose) وهو مريض «ثبتت سلبيته» نحو المرض، يأتي من كاليفورنيا للكشف كل ستة أشهر. قصرت أصابع قدم خوسيه كنتيجة لابتلاع العظم، وتقرّحات الضغط الشاهدة على العدوى لم تختف. إلا أنّه رفض بعنادٍ ارتداء الأحذية التجبيرية، قائلاً: «إنها قبيحة للغاية، أكسب دخلاً جيداً من بيع الأثاث. إذا ما ارتديت هذه الأحذية القبيحة، سيظن أحدهم أنّي مُصابٌ بمرض ما، وسأفقد عملي تبعاً لذلك». كان لخوسيه وجهٌ نظيف وخالٍ من الندوب ولن يشك أحدٌ أن مُصاب بالجُذام.

كنت أتأمل كثيراً أن يُقنع التصوير الحراري خوسيه أن يبتلع كبرياءه. لم يأخذ تحذيراتنا على محمل الجد؛ ذلك أن قدميه بدتا سليمتين ظاهرياً. والآن أستطيع أن أُري خوسيه بالتصوير الحراري بالضبط مكان الالتهاب الذي يتزايد. قلت له: «انظر إلى البقعة الحارة البيضاء في إصبع قدمك الصغيرة. هل ترى المكان الذي يضغط عليه حذاؤك ضغطاً شديداً؟» هزّ رأسه، وتشجعت للمواصلة. نظرنا معاً إلى قدمه، [وواصلت]: «لا تستطيع أن ترى أي شيءٍ الآن، ولا تشعر بالألم. إلا أنّ اللون الأبيض ما هو إلا إشارة لخطر جسيم تشكلها مُشكلات تحدث تحت السطح. ستظهر لك قرحة قريباً جدّاً»، وبنبرة الصوت الأشد صرامة عندي قلتُ: «خوسيه، فكّر بكلماتي، لربما خسرت تلك الإصبع إذا لم تفعل شيئاً».

استمع خوسيه بأدب، إلا أنه ما زال رافضاً الحذاء التجبيري، فقلت: «إذن، اذهب واشترِ حذاءً جديداً يُعجبك، اشتر أكبر مقاس، ولأضع لك حشوة ناعمة في مناطق الضغط لتوزّع الضغط»، وافق على هذه الخطة، إلا أنّي لا أثق أبداً بأنه سيرتدي فعلاً الحذاء الجديد.

ثقتي كانت في محلها، إذ عاد خوسيه بعد ستة أشهر بقرحة مكشوفة في إصبع قدمه الصغيرة. قصرت الإصبع قصراً ظاهراً، وأظهرت الأشعة السينية ابتلاعاً نَشِطاً للعظم بسبب العدوى المزمنة. تلقى خوسيه هذا الخبر بلا مبالاة. تجاهل خوسيه قدميه لأنهما لا تُؤلمانه. لا شيء مما قلته أقنعه بالاهتمام. خلال السنوات القليلة التالية، كُنت أراقب خوسيه بشعورٍ من العجز التام تاركاً عظام أصابع قدمه الباقية تُبتلع. انتهى به المطاف إلى أن صار له نتوءان مقصّران قصراً شديداً بزوائد جلدية صغيرة في الأماكن التي كانت يوماً ما أصابع قدمه، والسبب الأول والأخير لذلك كان رفضه ارتداء أحذيةٍ مختلفة. صحيح أنّ التصوير الحراري أمدنا بتحذير مرئي، إلا أنّه تحذيرٌ يفتقر إلى الألم القهري.

كما واجهت مقاومة أوليّة من اتحاد المرضى (the Patents' Federation) إذ كان مسؤولوه يرفضون كل كشف قد يُهدد أعمال المرضى. أظهر أحد أوائل الفحوصات عن بقعة حارة لالتهاب في إبهام المريض. بعد سؤاله، عرفت أنّ عمله يتضمن مهمة جزّ العشب بآلة الجز، فنصحته قائلاً: «يتوجب عليك إيقاف ذلك لفترة، حتى يهدأ الالتهاب». رفع بمحادثتنا تلك إلى اتحاد المرضى. لم يفهم لا هو ولا الاتحاد سبب قلقي على إبهام لم تظهر إصابته ولا يؤلمه.

وبالرغم من ذلك فإنّه وبمرور الوقت أصاب التصوير الحراري نفسه. عملت عيادتنا مع اتحاد المرضى في البحث عن مهن بديلة للمرضى المعرّضين للخطر، واستطعنا رؤية انخفاض ملموس في القُرح والعدوى المزمنة. استثمارنا في تلك الآلة آتى أُكُله مراتٍ لا تُحصى[1].

صيحات وهمسات

بفضل منح الحكومة السخية، استطعنا ضمّ تسعة أعضاء جُدد

---

(١) نشرت مقالاتٍ حول الميزات التشخيصية للتصوير الحراري، واصفاً إياه بأنّه «الدليل الموضوعي على الألم». قاد ذلك إلى رحلة طريفة في مجال حقوق الحيوان. طلب بيطري حكومي قرأ أحد مقالاتي في مجلة علمية مغمورة مساعدتي إيّاه في مقاضاة بعض ملاك الخيول المليونيريين. بعض مُدرّبي أحصنة من فصيلة تينيسي واكر (Tennessee Walker) كانوا يقومون بإحداث ميزة ظالمة للحصان عبر مُمارسة وحشية (وغير قانونية) تُعرف باسم «التقريح»، وذلك بأن يضع المُدرّبون زيت الخردل على سوق الخيل الأمامية، ثم يُحيطون المفاصل بأساور معدنية ثقيلة. بينما تمشي الأحصنة أو تعدو، كان التهيّج والألم الذي تُسببه الأساور المعدنية يجعلها تعود للخلف وتزيد الوزن على سوقها الخلفية، بحيث ترفع سوقها الأمامية لمستوى أعلى، مما يُتيح المِشية ذات الخطو العالي الذي يُقدره الحُكّام في هذه الأحصنة. دلك زيت الخردل الحار يُسبب الالتهاب والمزيد من الألم. يأخذ المدربون حذرهم في منع الجلد من التهتك فلا يستطيع أي أحد إثبات أنّهم يستخدمون أسلوب تدريبٍ غير قانوني. وإذا ما حانت فترة الاستعراض، تُزال الأساور المُسببة لهذا الألم، فلا يشكّ الجمهور المستمتع أبداً بأنّ تبختر الأحصنة ما هو إلا استجابة للألم. (المُؤلّف).

لطاقمنا في قسم التأهيل في كارفيل. بالعمل في فريق واحد، كان المهندسون والعلماء وخبراء الحاسب الآلي وعلماء الأحياء يستكشفون استشكافاتٍ تشمل كل أشكال المخاطر التي يُحدثها انعدام الحساسية تجاه الألم. في أغلب الحالات، كما في التصوير الحراري، لم نستطع التوصّل إلى أفقٍ جديد، إلا أنّنا حسّنا المبادئ التي تعلمناها في الهند وأضفنا لها الدقة.

ظهر، تدريجيّاً، فهم جديد لكيفية وقاية الألم للأعضاء الطبيعية، وبدأت برؤية انعدام الألم بأنّه أحد أسوأ الابتلاءات التي قد تُصيب الإنسان. كُنّا في الهند نعتمد اعتماداً أساسيّاً على الإشارات الظاهرة - نفطات من اللمبة، أو عضّات الجرذ - بينما في كارفيل تُتيح لنا الأدوات التي تحت تصرف قسمنا حلّ مزيدٍ من الألغاز الغريبة لتهتّك الأنسجة. تزايد لدي شعورٌ بالامتنان والمهابةِ حيال الأساليب غير الاعتيادية التي ينتهجها الألم يوميّاً لوقاية الإنسان السليم. أكدت أبحاثنا أن هناك على الأقل ثلاث طرق أساسية يُقدّم فيها الخطر نفسه للإنسان منعدم الإحساس بالألم: الإصابة المُباشرة، الضغط المتواصل، والضغط المتكرر.

الإصابة المُباشرة

كانت معظم الإصابات المُباشرة مألوفةً لنا في كارفيل، ذلك أننا تتبعناها عن كثب في مركز نيو لايف في فيلور. صرت أتعرّف أصابع المُدخنين عن طريق «جروح القُبَل»، وأصابع الطُهاة بآثار الحروق من قدور الطبخ. بعض الإصابات المُباشرة في كارفيل كانت جديدة عليّ. في إحدى الحالات التي عالجتها زوجتي، مارغريت، كانت امرأة واسمها ألما (Alma) تؤذي نفسها باستخدام محدد الحواجب. من الناحية التشخيصية، كانت قد فقدت حاجبيها ورموشها بسبب غزو عُصيّات الجُذام. كانت تضع الماسكارا في هذه المنطقة بالفرشة، لكن ونظراً إلى

أنّ يديها وعينيها بلا إحساس، كانت غالباً ما تتجاوز حد الجفن وتُدخل اللون في عينيها. حذّرتها مارغريت بشدّة من أنّ ذلك سيُتلف قريباً عينها تلفاً لا يُمكن معالجته. تجاهلت ألما كل هذه التحذيرات، حتى أتى اليوم الذي وضّحت فيه السبب، فقالت: «لِمَ لا تفهمين؟ نظرة العالم لي أهم من نظرتي للعالم».

بوصفي جراحاً لليد، كُنتُ أَستعد لمعالجة وضع مستمر من الإصابات المُباشرة. أ. إي. نِظام (A. E. Needham)، عالم أحياء بريطاني، يُقدّر أنّ الشخص العادي يتعرّض لجرح بسيط مرة أسبوعيّاً، أو أربعة آلاف مرّة في الحياة. تتحمّل أصابع اليدين والإبهامان ٩٥٪ منها [إذ تتعرض لإصابات مثل]: ثلمات الورق، حروق السجائر، الأشواك، الشظايا، وخلافه. ومرضى الجُذام، دون حام من الألم، يتعرّضون للجروح على الدوام وأكثر بكثير، ونظراً لاستمرارهم في استخدام اليد المُتضررة، يُفضي الأمر إلى أضرار جسيمة. ٩٠٪ على الأقل من الأيدي منعدمة الإحساس التي فحصتها ظهر عليها ندبات وعلامات على التشوّه أو الإصابة.

كان التعامل مع الإصابات المُباشرة سهلاً علينا نسبياً. يُدركها المرضى لأنهم يرون ضررها. كان علينا فقط حفظ الإصبع في جبيرة حتى تلتئم الإصابة، ثمّ ـ وكما كنا نفعل في مركز نيو لايف ـ كُنا نُعلّم المرضى ضرورة التحرّز الدائم. كُنا نشدد عليهم في تحمل مسؤولية أجزاء أجسامهم التي لا يشعرون بها بالاعتماد على الحواس الأخرى وإشاراتها. كُنت أحذّرهم [بقولي مثلاً]: «تعرّف درجة حرارة ماء الاستحمام باستخدام مقياس الحرارة»، و«لا تسحب يد أي أداة دون النظر إليها لمعرفة ما إذا كان هناك طرف قد يثلمك، أو شظية قد تعلق بك». كُنا نضع المنشورات التي تُظهر أكثر المخاطر شيوعاً.

بدأت حوادث الإصابات المُباشرة بالانخفاض في كارفيل، خاصة

أننا اعتمدنا على أدوات مثل التصوير الحراري لمراقبة المُشكلات المُبكرة تحت الجلد. ولا يقل عن ذلك أهمية أن عناية المرضى قد تحسّنت فيما يتعلق بجروح ما بعد الإصابة. جُرح القدم سيلتئم إذا ما رغِب المريض في ذلك. إلا أنّه إذا ما واصل المشي على القدم المُصابة، فإنّه لربما أصيبت بالعدوى وانتشرت في القدم، مُدمّرةً العظام والغضاريف فلا مفر حينذاك من البتر. في الأعوام الست التي سبقت إطلاق حملتنا حول الإصابات، تم إجراء سبع وعشرين بتراً في كارفيل، وخلال السنوات التالية انخفض المعدّل حتى أصبح صفراً.

الضغط المتواصل

بعض الأضرار أصعب بكثير من غيرها في تتبعنا لها. الجلد الإنساني قاسٍ: عادة ما يطلب ما يزيد عن خمسمئة باوند من الضغط للإنش المربع الواحد ليُخترق ويُصاب. إلا أنّ الضغط المتواصل غير المنقطع بقوة باوند واحد للإنش المربع يضرّ به، [أي: الجلد]. اضغط بإصبع يدك على شريحة زجاجية، سترى الجلد وقد ابيضّ. أبقه في هذه الوضعية لساعات وسترى الجلد، فاقداً إمداد الدم، وقد مات.

يستطيع الإنسان السليم الإحساس بالخطر المُتزايد من الضغط المتواصل. تبدو إصبع اليد أو القدم مُرتاحةً بداية. وبعد ساعة تقريباً يبدأ الشعور بتهيّج، متبوع بألم لطيف. أشهد دائرة الألم هذه في العمل كلما حضرت مأدبة. إذ ما يزالُ الشقاء موضة: إذا ما أعدت النساء أثوابهن للمناسبات الخاصة، فإنّهن يقعن تحت السحر الشرير لمصممي الأحذية الذين يُفضلون الأحذية الضيّقة المستدقة عالية الكعب. كُنت أنظر سريعاً لتحت الطاولة بعد ساعةٍ أو اثنتين من تناول الطعام وإلقاء الكلمات وألاحظ أن نصف النساء قد خلعن أحذيتهن العصرية، متيحاتٍ لأقدامهن بضع دقائق لتجري فيها الدورة الدموية دون عرقلة استعداداً لتعريضها

لجولة أخرى من قطع جريان الدم[1].

عرفت كثيراً عن الضغط المتواصل من خنزير ودود اسمه شيرمان (Sherman)، الذي كان عينتنا المثالية في تجاربنا؛ ذلك أنّ لجلد الخنزير خصائص تُشابه خصائص الجلد البشري. كان علينا تخدير شيرمان، ووضعه في جبيرة نصف مغلقة لجعله ثابتاً، ثم إحداث ضغط خفيف للغاية في مواضع محددة سلفاً على ظهره. كان المكبس الإسطواني يُحافظ على الضغط منخفضاً لكنه متواصل لما بين خمس ساعات إلى سبع. وتُظهر الصور الحرارية بوضوح نتيجة ذلك وهي أنّ الضغط المتواصل الخفيف للغاية يُسبب الالتهاب في الجلد وتحته. يُصبح الموضع أحمر، ويتوقف الشعر عن النمو هنا. إذا ما واصلنا الضغط لفترة أطول، ستظهر قُرحة على ظهر شيرمان.

لديّ العديد من الصور لمواضع الضغط على ظهر شيرمان، التي تُشير بوضوح إلى العملية التي تُحدث تقرّحات الفراش، آفة المستشفيات الحديثة. عالجت كثيراً من تقرّحات الفراش، وكان بعضها فظيعاً كأي جُرح على الجلد ستجده في مستشفى في أرض المعركة. تعود جميع تقرحات الفراش للمصدر ذاته: الضغط المتواصل. يميل المشلول أو منعدم الإحساس إلى الاستلقاء على الموضع ذاته ساعةً إثر ساعة، مُعترضاً إمداد الدم، وساعة إثر ساعة من الضغط المكبوت تبدأ الأنسجة بالموت. من يتمتع بالجهاز العصبي السليم لن تصيبه تقرحات الفراش. السيال المتواصل من الرسائل الصامتة من شبكة الألم سيُحفّز التقلب على

---

(١) اتصلت مرّة شركة شحن بمهندس لطائرة بوينغ متسائلةً عن نقل فيل في طائرة بوينغ. سأل المدير التنفيذي للشركة: «هل سنحتاج إلى تعزيز الأرضية؟» ضحك المهندس وقال: «لا تقلق. لقد صممنا أرضياتنا للمرأة التي ترتدي الكعب الخنجري»، ثم شرع بالشرح أنّ وقوف امرأةٍ وزنها ١٠٠ باوند ترتدي كعباً يقف على قطر قدره ربع إنش (أي: ربع إنش مضروباً بربع إنش) يُمارس قوةً لألفٍ وستمئة باوند على إنش مربّع واحد، وهو ما يزيد عن القوّة التي سيمارسها الفيل باستخدام راحتي قدميه العريضتين. (المُؤلّف).

الفراش، لتوزيع الضغط على خلايا الجسم. إذا ما تمّ تجاهل هذه الرسائل الصامتة، فإنّ المنطقة المكروبة سترسل صيحةً كُبرى للألم الحقيقي لإجبار الشخص على تغيير وضعيته ليستلقي على قفاه أو ينقلب إلى الجهة الأخرى ليُحرر الضغط.

(لاحظت نسقاً عاماً كلما قدّمت محاضرة. طالما أنّي أسعى لجذب انتباه الحضور، ألاحظ أنّه تقل الحركة القلِقة لقد حضروا بوعيهم الكامل للاستماع إلى ما أقول، وعليه يكبحون أو يتجاهلون الرسائل الخفية للانزعاج. ما إن تبدأ محاضرتي بإثارة الألم، فإن الوعي الذهني يتحرّك، ويتنبهون غريزياً لرسائل الانزعاج الدقيقة التي ترسلها الخلايا التي جُلس عليها لفترة طويلة. أستطيع الحكم على فاعلية خطابي بالنظر إلى مدى تكرر تصالب سُوق الحضور وتفريجها والتنقل بين المقاعد).

ساعدتنا دراساتنا حول الضغط المتواصل على إدراك سبب مواجهة مريض الجُذام صعوبةً في ارتداء الحذاء المناسب. لما وصلت إلى كارفيل، تفاجأت بأنّ مرضى الولايات المتحدة يواجهون الوقائع نفسها المتعلقة بالأقدام المبتورة التي يواجهها أقرانهم في الهند، حتى انتهى بالعديد منهم إلى القدم الجرداء. اكتشفنا أن المشكلة كانت أنهم يرتدون أحذيةً مُصممة للمرضى الذين يشعرون بالألم. إن الخطر الناتج عن الضغط المتواصل بسبب الأحذية المُصممة تصاميم رديئة كان في كل نقطة منها خطيرة خطورة الإصابة المباشرة بسبب المشي بقدمين حافيتين. إذا ما شعرت بحذائي ضيقاً للغاية، فإنّي أوسّع رباطه أو أخلعه وأرتدي نعلاً خفيفاً. مريض الجُذام، الذي لا يشعر بأي ألم، لا يخلع الحذاء الضيق حتى لو اعترض الضغط إمداد الدم. خوسيه، بائع الأثاث من كاليفورنيا، فقد بعض أصابع قدمه بسبب الضغط المتواصل المُنهك لأقصى درجة. بدأ المعالجون في كارفيل بمطالبة المرضى بتغيير الأحذية مرة كل خمس ساعات على الأقل، وهذا الإجراء البسيط الذي، إذا ما تمّ اتباعه، سيمنع القُرح الناجمة عن الضغط الإقفاري.

الضغط المتكرر

بالتأمل فيما مضى، [أرى] أن المنتج الأعلى قيمة في العقدين المُنصرمين فيما يتعلق بأبحاث الألم كان التبصّر الجديد فيما تعلق بكيفية أن الضغط الطبيعي «غير المؤذي» لربما تسبب بضرر كبيرٍ للجلد إذا ما تكرر آلاف المرات. أوّل معرفتنا بهذه المتلازمة كان في الهند وذلك بينما كنا نختبر أنواعاً مختلفة للأحذية، إلا أنّ المعامل البحثية في كارفيل منحتنا الأدوات التي تجعلنا نميّز كيف يعمل الضغط المتكرر بالضبط.

لعقود عدّة، كان يُحيرني أن كيف يُشكل فعل بسيط كالمشي تهديداً لمريض الجُذام. كيف يُمكن، كما كُنت أتساءل، للشخص السليم أن يمشي عشرة أميال دون أن يُصاب بشيء بينما لا يستطيع مريض الجُذام ذلك غالباً؟ في محاولة للإجابة عن هذا السؤال، طوّر المهندسون في كارفيل آلة للضغط المُتكرر تُعيد إنتاج ضغط المشي أو الجري. كانت مطرقة الآلة الدقيقة الآلية تضرب ضرباً متكرراً المنطقة نفسها بقوّة مماثلة لما قد تتعرّض له منطقة صغيرة من القدم خلال المشي.

استخدمنا فئراناً معملية لإجراء هذه التجارب، إذ كُنا ننوّمها ثم نثبتها بالآلة التي تواصل الطرق على أخامص أقدامها بقوة ثابتة ومنتظمة. بينما كانت الفئران نائمة، تظاهرت أقدامها بالجري. أثبتت النتائج إثباتاً مُطلقاً أنّ القوة «غير المؤذية»، المتكررة بما يكفي، تسبب فعلاً تهتك الأنسجة. إذا ما منحنا الفأر الراحة الكافية بين جولات الجري، فإنّ طبقات من الثفنات ستظهر، فإن لم يحصل ذلك سيظهر تقرّح مكشوف على أخمص القدم.

جرّبت الآلة عدة مرات على أصابع يديّ. في اليوم الأول الذي وضعت فيه إصبعي تحت المطرقة، لم أشعر بأي ألم حتى وصلت الضربة الألف الأولى. بدا أنّ الشعور لطيف، يُشبه تدليكاً اهتزازيّاً. بعد الضربة الأولى بعد الألف، بدأت أشعر بالتنميل. تطلب شعوري بالتنميل في اليوم

التالي عدد ضربات أقل من تلك المطرقة الدقيقة. أما في اليوم الثالث، فقط شعرت بالألم فوراً تقريباً.

أعرف الآن أن ذلك الضغط الدقيق، إذا ما تكرر تكرراً كافياً، فسيدمر الأنسجة، وأنّه في بعض الظروف سيكون الفعل الشائع كالمشي خطراً فعلاً. إلا أنّي مع ذلك لم أجد إجابة للسؤال الجوهري: ما الذي يجعل قدمي مريض الجُذام أكثر عرضة للضغط المتكرر. أستطيع المشي لعشرة أميال دون إصابة، لِمَ لا يستطيعون ذلك؟

ساعدنا ابتكار آخر، ألا وهو النعل الجوربي (slipper -sock)، في حل هذا اللغز. سمعت عن طريقة جديدة لرش مبيدات الحشرات في الحقول الزراعية وذلك بإذابة كبسولات دقيقة في الماء: المطر الذي يُحفّز الحشائش على النمو، يُذيب الكبسولات أيضاً، فينتشر المُبيد الحشري ويُفني الحشائش. هذا الابتكار اللامع أوحى لي بفكرة توظيف شركة للبحث الكيميائي لتطوير كبسولات دقيقة تتحمل نتيجةً للضغط، وليس الماء. بعد عدة محاولات فاشلة، انتهى بنا المطاف بالنعل الجوربي المصنوع من المادة الرغوية الرقيقة التي مُزج بها آلافٌ من كبسولات الشمع الصلب. تحتوي الكبسولات على مادة البرومبفينول الزرقاء (bromphenol blue)، وهو لون يتحوّل للون الأزرق في الوسط القلويّ. تطلب الأمر قوة كبيرة لكسر الكبسولات، إلا أنّ الشمع - الذي يشبه جلد الإنسان بالتمام - كان سيتمزق أيضاً إذا ما تعرض للضغط المتكرر نفسه من وحدات قوة صغيرة. لدي الآن طريقة يسيرة لقياس نقاط الضغط التي يقوم عليها المشي.

استطعنا بناء آلاتنا الخاصة لإنتاج الكبسولات متناهية الصِّغَر وخلطنا اللون في وسط حمضي ليُصبح مصفراً. الجورب المحيط كان قلوياً، وعليه فإذا ما تفتتت الكبسولة، يسيل اللون ويتحول للون الأزرق فوراً. الطاقم المتطوّع ارتدى هذه الجوارب، ثم ارتدى الحذاء، وبدأ بالمشي.

بعد مشيهم عدة خطوات، أزلنا الأحذية ولاحظنا مواضع الضغط العالي، المواضع الأولى التي تحوّلت إلى اللون الأزرق. بمشيهم أكثر، توسّع نطاق المناطق الزرقاء، مواضع الضغط الأولى اغمَقَّ لونها. بعد الخطوة الخمسين ونحوها، تشكّلت لدينا صورة جيّدة لجميع مناطق الخطر. ثم جرّبنا النعال الجوربية على المرضى.

بعد التدقيق في آلاف النعال الجوربية المستخدمة، تعلّمت كثيراً عن المشي، إلا أنّه ما من شيء كان أهم من هذا الدرس: الإنسان ذو القدم منعدمة الحسّ لا يغير أبداً مِشيته[1]، بينما يغيرها الإنسان السليم باستمرار.

تطوّع مُعالِج في مكتبي للجري ثمانية أميال على أرضية الممرات الإسمنتية في مستشفى كارفيل بقدميه المجوربتين، متوقفاً كل ميلين لآخذ قراءات التصوير الحراري وأختبر مِشيته بالنعل الجوربي. أظهر تصوّر المرة الأولى التي ارتدى فيها النعل الجوربي نسق مِشيته الطبيعي، مِشية طويلة مع رفع عالٍ ودفع من إصبع القدم الكبيرة. التصوير الحراري الذي أُخذ بعد ميلين أظهر موضعاً حاراً في إصبع قدمه الكبيرة المُنهكة، كما أظهر النعل الجوربي أنّ نقطة الضغط الرئيسية كانت في الجانب الداخلي لباطن قدمه. بعد أربعة أميال، انتقلت علامات الضغط لما تعدّلت مِشيته عفوياً. والآن، يظهر الجانب الخارجي لقدمه تخطيطه باللون الأزرق البرّاق، مُظهراً أن وزنه انتقل إلى الخارج، بعيداً عن إصبع القدم الكبيرة، بينما يرتاح الجانب الداخلي. في الوقت الذي جرى فيه الميلين الأخيرين، أكدّ كلّ من التصوير الحراري والنعل الجوربي أنّه غيّر مرة أخرى الطريقة التي يضع

---

(١) إذا ما ذكر المؤلف المشية، فإنّه يقصد حركة الرِّجْل كاملة؛ أي: القدم والكاحل والركبة والفخذ، عند خطوها؛ أي: إذا ما رُفعت ثم أُنزلت لتشكّل خطوة إلى الأمام. (المُترجمة).

فيها قدمه على الأرض: الآن الطرف الخارجي لقدمه صار حارّاً وكسر الكبسولات الدقيقة.

أظهرت المجموعة الكاملة لصور التصوير الحراري والنعل الجوربي ظاهرة مُذهلة: بجمع الصور معاً، شكّلت الجوارب الخريطة الكاملة لقدمه، مع لون أزرق قوي في عدة نقاط مختلفة. في حين كان المعالج نفسه يُركز خلال الهرولة، على هذه الهمسات الخفية من نقطة الضغط الواحدة وخلايا الألم لم تصل أبداً لدماغه الواعي؛ بل ذهبت إلى النخاع الشوكي والدماغ الأدنى، اللذَيْن طلبا تعديلاتٍ فورية على مِشيته. خلال جريه، وزّعت القدم الضغط بالتساوي، حاجبةً عن كل نقطة أن يصلها كثير من الضغط المتكرر.

لم أطلب أبداً من مريض بالجُذام الجري لثمانية أميال، ذلك أنّه سيكون طلباً غير مسؤولٍ بالمرّة. ظهر السبب واضحاً في نعلي الجورب الذي أخذته من أحد المرضى بعد الجري لمسافاتٍ أقصر: التصوّرات قبل الجري وبعدها ظهرت متطابقةً تماماً. مِشية مريض الجُذام لا تتغير أبداً. مسارات الألم صامتة، جهازه العصبي لم يتلقَّ أبداً الحاجة لأي تعديلات، وعليه فإنّ الضغط نفسه - أكان عشر باوندات، أو عشرين أو حتى ستين في الإنش المربع الواحد - متواصل على الإنشات المربعة ذاتها على سطح القدم. إذا ما طلبت من مريض الجُذام الجري لثمانية أميال، سيُظهر التصوير الحراري منطقة أو اثنتين فقط لمواضع حرارة متوهّجة، وهي علامات تلف النسيج. بعد أيامٍ قلائل، من المرجح أن أرى بوادر قُرحة أخمصية على باطن القدم. من النادر أن يُصاب عدّاؤو المسافات الطويلة السليمون بالقُرح الأخمصية، أمّا مرضى الجُذام فغالباً ما يُصابون بها.

في يومنا هذا، تُعد إصابات الضغط المُتكرر وعلى نطاق واسع مُشكلة رئيسية في البيئات ذات التقنيات المتطورة. أكثر من ٢٠٠,٠٠٠

عامل أمريكي في المصانع والمعامل يتلقون علاجاً بسبب مثل هذه الظروف، مما يُشكّل ٦٠٪ من الأمراض المهنية في البلد. تضاعف هذا المعدل خلال أقل من عقد، ذلك أنّ التقنية ـ وهذا السبب الرئيسي ـ تميل إلى خفض تنويع الحركات المطلوبة؛ وعليه يزيد الضغط المتكرر. فعلى سبيل المثال، فعل عادي كالطباعة، أو تشغيل عصا لعبة فيديو، لربما وبالتكرار المتواصل يستهدف الرسغ بالضغط الذي يُفضي إلى متلازمة النفق الرسغي. لوحات مفاتيح الحواسب تُضاعف الإصابة أكثر من آلات الكتابة ذلك أنّ الكاتب لم يعد لديه فُرصة للاسترخاء بأن يُحرّك العربة أو يتوقف لتغيير الورقة. تُكلّف إصابات الضغط المتكرر في الولايات المتحدة حالياً ما يُقارب ٧ بلايين دولار سنوياً تتمثل في الإنتاجية المفقودة والتكاليف الطبية.

الانضباط

استغرق إكمالي أجزاء الصورة العديد من سنوات البحث، إلا أني أدركتُ شيئاً آخر المطاف. يُوظف الألم تشكيلة نغمية واسعة من الحوارات. يهمس لنا في المراحل المُبكّرة: في مستوى ما دون الوعي، فنشعر بانزعاج طفيف ونُغيّر وضعية الاستلقاء على السرير، أو نُكيّف مِشيتنا في الهرولة. يتحدّث بصوتٍ أعلى إذا ما تزايد الخطر: تُظهر اليد حساسية بعد فترة طويلة من جمع أوراق الشجر، أو يظهر على القدم تقرح بسبب الحذاء الجديد. يصرخ الألم إذا ما صار الخطر بالغاً: يُجبر الإنسان على التراخي أو حتى يُظهر نفطة أو أي شيء يوقف الجري تماماً.

مشاريعنا البحثية في كارفيل منحتنا أساليب أنفَذ في «ضبط» الألم، لا يختلف [أمرنا] عن علماء الفلك الذين يتطلّعون إلى مقاريب راديوية (radio telescopes) أقوى لرؤية السماوات. تهدف معدّاتنا إلى [تتبع] الترنّم المتتالي للحوارات بَيْن الخلوية التي كُنّا نراها مغتبطين بأنها أمر مفروغ

منه، وسخيف حتّى. من نتائج تجاربنا أنّني أصبحت أبذل جُهدي بأن أستمع إلى رسائل الألم عندي.

أُحب تسلّق الجِبال، والعيش في لويزيانا قطعني عن هذا النشاط، إلا أنّه متى ما تسنّت لي الفرصة، في رحلة العودة إلى التلال الصخرية في الهند أو الجبال في الغرب الأمريكي، كُنت أتسلق وأحاول أن أولي قدميّ مزيداً من الانتباه. عادةً ما أبدأ يومي بمِشية طويلة وحيوية، رافعاً كعبي ودافعاً بعنف باتجاه أصابع قدميّ. مع شروق الصباح، كنت أشعر بالمشية وقد قصُرت قليلاً، وانتقل الوزن من إصبع قدمي الكبيرة إلى الأصابع الأخرى. أخذت صورة كثيرة لنعلي الجورب الذي ارتديته على قدمي، لذا كان من اليسير عليّ تصور التغييرات الحاصلة. لاحظت أنّه، وبعد الغداء، أنّي أتخذ مِشية أقصر. بنهاية اليوم، بالكاد كنت أستطيع رفع كعبي، كُنت فقط أرفع قدماً رحاء (flat foot) وأضع قدماً رحاء أخرى؛ كمشية رجلٍ عجوز. نوعية المِشية استخدمت كامل سطح أخمص قدمي في كل خطوة، وهذا ما جعل الضغط منخفضاً على كل موضع.

لطالما ظننتُ سابقاً أن هذه التعديلات ما هي إلا دليل على الجهد العضلي، لكن وكما أظهرت أبحاثنا، فإنّ سببها في الواقع جُهد الجلد أكثر من كونه جهد العضلة. أدركت الآن التغييرات في طريقة جسمي المُخلصة في توزيع الضغط، مُشركاً في ثقل المشي عضلاتٍ وأوتاراً مختلفة في مناطق مختلفة من الجلد. تتكون لديّ أحياناً نفطات. وعوضاً عن الاستياء منها، أدركت الآن أنها ما هي إلا الاعتراض الصارخ لجسمي ضد تجاوزي في استخدامه. الانزعاج الذي تُحدثه يُجبرني على التصرّف، بأن أخلع حذائي وأرتاح، أو أعدّل مشيتي أكثر، أو أرتدي الجوارب لتخفيف الاحتكاك.

مرّة، عائداً إلى المجذمة، واجهت «صرخة» عالية من الألم. بينما

كنتُ أمشي على ممر المُشاة، رافعاً عينيّ عالياً، مُنقّلاً نظري بين قمم الأشجار باحثاً عن مصدر التغريد الجميل، ثم، تعثّرت! والشيء الذي أذكره تالياً كان أنّي متمددٌ على وجهي على الطريق. شعرت بالحرج مُباشرة وتطلعت حولي عسى ألا يكون أحدٌ رآني لما سقطت. شعرت باهتياج، والغضب حتّى. إلا أنّي رفعتُ لاحقاً قدميّ وتفحّصت نفسي بحثاً عن أي إصابة. أدركت ما حصل، لما كانت عينيّ تتطلع للأعلى نحو الطير، انحرفت قدمي إلى حافة الرصيف. كُنت في وضع وضعت فيه كل وزني على القدم، التي تعلّقت تعلقاً خطيراً على الحافة الإسمنتية. التوى كاحلي حتى شعر الرباط الجانبي للكاحل بأنّه قد تمدد حتى وصل نقطة الكسر. ودون استشارتي، أطلق ذلك الرباط رسالة ألم فظيعة أحدثت إرخاءً مُباشرة للعضلة الرئيسية في فخذي. وبأشد أسلوب متعجرفٍ، سلخت تلك الحركة عن الركبة الدعم العضلي فانهارت؛ أي: سقطت، باختصار.

كلما استنبطت شيئاً من حادثة التعثّر، شعرت بمزيد من الفخر، وليس الاهتياج. رباط دقيق في المستوى الأدنى من الهرم سيطر بطريقةٍ ما على جسمي بأكمله. أشعر بالامتنان حيال استعداده أن أبدوَ أحمق لصالح الجسم، واقياً إيايّ من التواءٍ في الكاحل أو أسوأ.

لما صرت أنضبط ضبطاً واعياً إذا ما تعلّق الأمر بالألم في مثل هذه التجارب، تشكّل لديّ إدراكٌ مختلف حلّ محلّ مقتي الفطري. الألم، طريقة جسمي في تحذيري من الخطر، سيستخدم المستوى الضروري، أيّاً ما كان، لجذب انتباهي. إنّ الصمم المُطبق لتلك الجوقة المُطربة من الرسائل هو ما جعل مرضاي المصابين بالجُذام يُتلفون أنفسهم. إنهم يفتقرون إلى «صيحات» الألم، مما يُفضي بهم إلى الإصابات المُباشرة التي أُعالجها يومياً. كما يفتقرون إلى همسات الألم، الأخطار المألوفة التي يُسببها الضغط المتواصل أو المتكرر.

دون جوقة الألم هذه، يعيش مريض الجُذام في سلسلة مخاوف متواصلة. يرتدي أحذيةً ضيقةً للغاية طوال اليوم، ويسير لخمسة أميال أو عشرة أو خمسة عشر دون تغيير المِشية أو تحويل الوزن. وكما رأيته متكرراً كثيراً في الهند، فحتى لو انبجست عن الجلد بعض التقرّحات خلال ارتدائه الحذاء، فإنّه لن يعرج.

رأيت مرّة مريضاً بالجُذام يقف على حافة حجر لما سرت على رصيف المُشاة في كارفيل. حوّر ساقه تماماً حتى صارت قدمه متجهةً إلى الداخل، ثم مشى دون عرج. عرفت لاحقاً أنه قد مزّق الرباط الجانبي الأيمن، مما أضرّ بكاحله إضراراً بليغاً. لم يُلقِ ولا حتى نظرة على قدمه. كان يفتقر إلى وقاية الألم التي لا غنى لأحدٍ عنها.

١٣
العدوّ الحميم

«بمساعدة الشوكة المغروسة في قدمي، قفزت عالياً، أعلى من كل شخصٍ بقدمٍ سليمة»

سورين كوركيغارد (Soren Kierkegaard)

ينبغي عليّ الاعتراف بأني أُسائل أحياناً عقيدتي لتحسين صورة الألم. في مجتمع عادة ما يُصوّر الألم أنه العدوّ، هل سيستمع أحدٌ للرسائل المُعاكسة التي تُثني على فضائله؟ هل نظرتي العامة لا تعكس إلا غرابة مهنةٍ بين مرضى بابتلاءٍ غريب من فقدان الألم؟ بدأت حكومة الولايات المتّحدة تدريجياً بطرح هذه الأسئلة ذاتها. لِم ينبغي أن تذهب الأموال البحثية في كارفيل إلى استعادة الألم وتعزيزه في حال أنّ العلماء في أماكن أخرى يُركّزون على كيفية كبحه؟

في السنوات الأولى، كانت طلبات المِنح التي كُنا نقدّمها لآلات التصوير الحراري، والنعال الجوربية المعبّأة بالحبر، ومحوّلات الضغط عادة ما تُقبل. المتبصّرون في واشنطن دعموا البحث الأساسي المتعلق بالألم حتى وإن كان ارتباطه العملي المُباشر لا يطال إلّا بضعة آلاف مريضٍ بالجُذام (وبعض أحصنة تينيسي واكر). إلا أنّه في أواخر سبعينيات القرن العشرين، صعّبت روح شدّ الحزام الجديدة تفسير هذا النوع من

الأبحاث. كان مكتب الخدمات الصحية العامة في الولايات المتحدة يُقلص سنويّاً ميزانية مستشفى كارفيل، متفكرين فيما إذا كان بمقدورهم تحمّل استثمار كثير من المال في البحث الذي سينفع في المقام الأوّل مرضى الجُذام في الدول الأخرى.

خلال هذا الوقت، وبخطأ جليّ دلفت إلى تطبيق عملي جديد لما تعلّمناه حول الألم في كارفيل، وكان تحوّلاً ميموناً للأحداث التي صدّقت استثمارنا بأكمله في البحث الأساسي. يعيش بضعة آلاف من مرضى الجُذام في الولايات المتّحدة وفي الوقت نفسه يعيش ملايين من المُصابين بالسكّري فيها أيضاً، ووجدنا أنّ أفكارنا المتعلقة بالألم ذات علاقة مُباشرة بهم أيضاً.

في وقتٍ متأخرٍ من المساء كُنت أقرأ في مجلة طبية حتى لاحظت هذه العبارة «طب عظام القدم السكّريّة» صدمني ذلك لغرابته: منذ متى كان للسكّري، المرض المتعلّق بأيض الغلوكوز (glucose metabolism)، أثر على العظام؟ قلبت الصفحة ورأيت صوراً بالأشعة السينية تُشبه تماماً الأشعة السينية للتغيرات التي تطال عظام أقدام مرضاي المُصابين بالجذام الفاقدين للحس. كتبت للمؤلّفَيْن، وهما طبيبان في تكساس، وأرسلا لي بدعوةٍ كريمة لزيارتهما ومناقشة الموضوع.

بعد أشهر لاحقة وجدت نفسي في مكاتبهم في هوستن، أنافسهم في تحدٍّ صحي حول «الأشعة السينية المتطابقة». كانا يضعان صوراً بالأشعة السينية لعظمٍ متدهور على اللوح الضوئي، وكنتُ أنبش في حقيبتي حتى أجد صورة مطابقة لعظم مبتلع في مريض بالجُذام. كُنّا نقارن جميع الصور المأخوذة بالأشعة السينية لكل عظام القدم، وبلا استثناء تقريباً كُنت أستطيع مطابقة كل مُشكلة عظمية يُقدّمانها. هذا العرض كان له انطباعه القوي على الأطباء وأطباء الامتياز ممن اجتمعوا [في المكان]، ذلك أن أغلبهم لم يجرب العمل مع مرضى الجُذام وظنّوا أنّهم يصفون متلازمة خاصّة بالسكّري.

نادي السُّكّر

دعاني أطباء تكساس لاحقاً لإلقاء كلمة في نادي ساوثرن شوغَر كلوب (نادي السُّكّر الجنوبي the Southern Sugar Club)، وهو لمجموعة رفيعة المستوى من المتخصصين في السكّري في الولايات الجنوبية حيث يجتمعون دوريّاً لمراجعة أحدث النتائج المتعلّقة بالسكّري. تناولت موضوع القدم، متحدّياً توقعاتهم بأنّ المشكلة الشائعة مع القدم السكّرية ـ التقرّح الشديد الذي عادة ما يُفضي إلى البتر ـ سببه الأساسي السكري نفسه أو فقدان إمداد الدم الذي يحدث في السكري. أثبتت لي دراساتي أنّ الجروح؛ كتلك التي تُشبه مع الجُذام، سببها فقدان الشعور بالألم.

في دورة خبيثة، تموت الأعصاب بسبب المُشكلات الأيضية للسكّري[١]، إذ يُعرّض المريض نفسه للإصابة بسبب افتقاره للألم، ولا تلتئم الجروح المُحدَثة بسهولة؛ ذلك أنّ المريض يواصل المشي عليها. صحيح أنّ إمداد الدم المنخفض الذي يُسببه السكّري يُعقّد عملية الالتئام، إلا أنّي توصلت إلى أنّ القدم السكرية العادية ما زال لديها إمداد دم ضخم للتحكّم بالعدوى ولأم الجروح، طالما أنّها محمية من الضغط المتزايد.

---

(١) هناك فرق مُدهش في كيفية حدوث الضرر العصبي في الجُذام بمقارنته مع السكّري. ذكرتُ سابقاً أن جراثيم الجُذام تتراكم في المناطق الباردة، مُدمّرةً أقرب الأعصاب إلى الجلد مُطلقة نسقاً شاذّاً من الشلل. السكّري، وهو مرض غير جرثومي، يُغير من تأيّض السكّر وتعاني الأعصاب الأطول من فقر التغذية أولاً. بدا أنّ السمة الجوهرية تكمن في طول المحور العصبي الذي يمتد نحو النهايات العصبية. تميل أصابع القدم لتُصاب أولاً، ثم يموت جزؤه الموجود في القدم، ثم الجزء الموجود في الكاحل، ويتقدّم موت الأجزاء حتى يرتفع إلى أعلى الساق. في الوقت الذي يطال فقدان الشعور محلاً عالياً كالركبة، تصبح المحاور العصبية في الذراع هي الأطول إذ صارت بطول بقايا المحاور التي في الساق. عند هذه النقطة، يبدأ تأثير فقر التغذية على المحاور الموجودة في الذراع: تكون البداية بتنمّل أطراف الأصابع، ثم اليدَ بأكملها، فالرسغ ثم الساعد. تقدّم تدمّر الأعصاب بطيء، ويموت أغلب المصابين بالسكري قبل حصول مشكلات حادّة في اليد، إلا أنّ فقدان الشعور في القدم شائع جدّاً. (المؤلف).

ذكرت لنادي شوغر كلوب تاريخنا الطويل في تتبع الإصابات المُشابهة بين مرضى الجُذام في الهند، ولخصت لهم نتائجنا في كارفيل المتعلقة بالضغط المتكرر والضغط المتواصل. قلت لهم: «لقد تفحّصت صور الأشعة السينية للسكّري، وبصراحة، أعتقد أنّ أغلب إصابات القدم التي ترونها يُمكن منعها، ذلك أنّ سببها الضغط الحركي الذي لا يُلاحظه المريض لفقدانه الشعور بالألم. إنّ المشي على القدم المجروحة يدفع بالعدوى عميقاً حتى تُصاب العظام والمفاصل، وبالمشي المتواصل تُبتلع العظام وتتحرك المفاصل. وجدنا مما وجدناه مع مرضانا المُصابين بالجُذام أنّ وضع القدم المُصابة في جبيرة لاصقة يُسرّع التشافي. ارتداء المريض للأحذية المُناسبة سيمنع الإصابات المستقبلية. أضمن لكم تقريباً أنّ الأحذية المناسبة ستخفّض عدد إصابات القدم التي ترونها انخفاضاً جذريّاً».

رئيس نادي شُوغر كلوب أشار إلى بعض الملاحظات بعد كلمتي، قائلاً: «مُحاضرة مُذهلة، د. براند. وأنا واثق من أنه أمامنا كثير لنتعلّمه من تجاربك في كارفيل. لا بد أنّك طبعاً قد أدركت أنّ للسكري مُشكلاته الفريدة، أقصد تحديداً فقدان الأوعية الدموية (vascular loss). يفتقر المريض بالسكري ببساطة إلى خصائص الالتئام الموجودة في مرضاك المُصابين بالجُذام». خطر على ذهني اجتماعات متخصصي الجُذام حيث كُنت أسمع بما يُسمى «الجرح المُزمن» (nonhealing flesh). بدا أنّي أينما ذهبت أُواجه تشكيكاً فيما يتعلق بالأخطار بعيدة المدى لانعدام الألم.

فور عودتي إلى كارفيل، أبلغت الأطباء المحليين أنّ عيادتنا للقدم ستقدم الاستشارات لكل من مرضاهم المصابين بالسكريّ ممن لديهم مشكلات في القدم. فبالإضافة إلى اختبارات الحس، فإنّنا نُقيّم أيضاً الإمداد العام للدم في القدم. أقدامهم المصابة تصبح دافئة عند لمسها، وكشف التصوير الحراري أن القُرح في أكثر مرضى السُّكّري تظهر لديهم البقع الحارة بانتظام انتظامها في الظهور على أقدام مرضى الجُذام. أكّد

مثل هذا الدليل أنّ أغلب مرضى السكري هؤلاء لديهم الدم الكافي لالتئام الجروح.

برهنت اختبارات الحسّ أنّ جميع مرضى السكري ممن أصيب بالقُرح فقدوا بالفعل الشعور: بعض من لديهم أسوأ القُرح لم يكن لديهم أي إحساس بالألم في باطن أقدامهم. بالإضافة إلى ذلك، فقد كانت القُرح في الأقدام السكريّة تميل للحدوث في الأماكن نفسها التي تحدث فيها قُرح مرضى الجُذام. بدا واضحاً لنا أنّ السبب الجوهري للقرحة كان هو نفسه في الحالتين، انهياراً في نظام الألم.

تبيّن أنّه لا شيء يُحذر مريض السكّري إذا ما تجاوز عتبة الخطر، ويواصل المشي على الأنسجة الملتهبة والمتضررة، مُتسبباً بمزيدٍ من الضرر. لمّا اختبرت مرضى السكري في النعل الجوربي، وجدت نسقاً مألوفاً. كانوا يفعلون تماماً ما يفعله مرضاي المصابين بالجُذام، وهو المشي مِشية غير متغيّرة [ثابتة]، يضغطون على سطح القدم نفسه كل مرة بالضغط المتكرر. أعرف الآن أن مرضى السكري كانوا يدمّرون أقدامهم للسبب نفسه في مرضاي المصابين بالجُذام: افتقارهم الشعور بالألم.

درست الدراسات الطبية حول السكّريّ. كانت تُشير على الأطباء بتوقّع الإصابات والعدوى في القدم السكرية، مُلقية باللوم غالباً على ضعف الدورة الدموية. يتصوّر الجرّاحون أنّ مرضى السكّري، بالإمداد الدموي المنخفض، يُصابون بجروح لا تلتئم. شعرتُ بموجة أخرى من الديجا فو (deja vu)، متذكّراً جدالات «الجسد الفاسد» حول معالجة مرضى الجُذام التي واجهتها في الهند. وكما كانت ممارسة شائعة بين متخصصي طب الجُذام، إذا ما صارت القُرحة مُعدية في القدم السكرية، كان الجرّاحون غالباً ما يبترون الساق تحت الركبة قبل انتشار الغرغرينا.

ذُهلت لما قرأت أن مرضى السكري يخضعون لما عدده ١٠٠,٠٠٠ عملية بتر سنويّاً، نصفها في الولايات المتّحدة. المريض الذي تجاوز عمر

الخامسة والستين فرصته في مواجهة البتر تصبح واحداً من عشرة. وإذا ما كانت نظرياتنا صحيحة، فإنّ عشرات الآلاف من الناس سيفقدون أعضاءهم دون داعٍ لذلك. [السؤال] هو كيف لي، أنا ذو الخلفية في حقل الجُذام المغمور، جذب انتباه الخبراء في تخصص آخر؟ طبيب من مدينة أطلانطا، في ولاية جورجيا، قدّم الحل، د. جون دافيدسون (Dr. John Davidson) خبير شهير في السكّري، يُشارك في نادي ساوثرن شُغر كلُوب، وأتذكر جيّداً حوارنا بعد كلمتي، إذ قال: «لا بد أن أُخبرك، أنّي مرتابٌ بما قلت. لم أرَ قريباً من عدد إصابات القدم الذي تقول إنه ينبغي أنّي رأيته. وأشك حقيقة فيما إذا كانت جميع الأضرار التي أراها فعلاً نتجت عن فقدان الألم. إلا أنّي أريد أن أكون منفتحاً وسأراجع نظرياتك».

عاد إلى عيادته في أطلانطا، ووظّف أخصائي عظام وفرض قاعدة بسيطة: على جميع المرضى خلع أحذيتهم وجواربهم كلما أتوا لفحص السكّري. كان الأخصائي يفحص كل قدم، حتى ولو لم يشتكِ المريض من قدميه. بعد أشهر قليلة، اتصل بي دافيدسون، وسمعت هذه المرة الحماسة، لا الارتياب، في صوته. بدأ [بقوله]: «لن تصدق ما وجدته، إذ اكتشفت أنّ ١٥٠ من مرضانا خضعوا لعملية بتر، لم نعرف عن أكثرها! الأمر كالتالي، يأتون إلى عيادتي للفحص الروتيني، يمشون على القرحة، ولا يهتمون بذكرها. يأتي إليّ المرضى لتنظيم الأونسلين، واختبارات البول، ومتابعة الوزن، وما شابه. فإذا ما حدثت إصابة في القدم، كانوا يذهبون لجراح [عوضاً عن القدوم إليّ]. المشكلة أنّ أكثر هؤلاء المرضى لا يُبلغ عن وجود قرح أو أظافر الأصابع المنكمشة في مراحلها المبكرة نظراً لعدم شعوره بالألم، ولا يزورون الجرّاح إلا إذا بدت التقرّحات بمظهر قبيح. وينطبق هذا على جميع عمليات البتر. كان الجراح يُراجع مخططاتهم [الصحية] فيجد أنّهم مصابون بالسكري فيقول: «أوه! من الأفضل أن نبترها فوراً، وإلا فستُصاب الساق بالغرغرينا»، لم أكن أعلم

طوال هذا الوقت أنّ مرضاي يُعانون من مشكلات في القدم! في المرة التالية التي كنتُ أراهم فيها لإجراء الفحص الروتيني [بعد عملية البتر]، كانوا يأتون بساق اصطناعية، وهذا ما لا يهتمون بذكره أيضاً».

بانضمام أخصائي العظام في عيادة دافيدسون، استطاعت العيادة اعتراض التبعات. بتتبعه لمشكلات القدم في مرحلة متقدمة، استطاع معالجة التقرّحات ومنع العدوى الخطيرة. بهذا الإجراء البسيط الذي تمثّل بخلع المرضى لأحذيتهم وجواربهم للفحص الظاهري، استطاعت العيادة خفض معدّل عمليات البتر التي تُجرى لمرضاها إلى النصف.

صار جون دافيدسون أكبر داعمي عيادتنا للقدم. أرسل طاقمه من الأطباء والممرضات والمُعالجين بأكمله إلى كارفيل لتلقي التدريب. طلب مني كتابة فصل حول القدم منعدمة الألم في كتابه الدراسي حول السكري، وبدأ بإعادة طباعة ملفاتنا حول الأحذية المناسبة والعناية بالقدم. بُثت في عيادة كارفيل للقدم حياة جديدة، ثم تلقت لاحقاً اسماً رسمياً ألا وهو مركز العناية بالقدم (the Foot Care Center). ميزانيتها زادت، عوضاً عن تقليصها على يد مكتب الخدمات الصحية العامة. توافد المعالجون، وصنّاع الأحذية [الإسكافيون] الخاصة بمشكلات العظام، والأطباء من أقطاب العالم إلى الولايات المتحدة لحضور المؤتمرات التدريبية المجدولة. جمعية لصنّاع الأحذية الخاصة بمشكلات العظام - يُسمّون أنفسهم الإسكافيون الطبيون (pedorthists) - وضعت معاييرَ الشهادة المتعلقة بتصنيع الحذاء المُناسب للقدم منعدمة الشعور.

تجاوز مرضى السكّري في عيادتنا للقدم عدد مرضى الجُذام تدريجياً. وفي أغلب الحالات، ثبت أن وهم «الجروح المزمنة» ما كان إلا خرافة في مجال مرض السكري كما كان في حقل الجُذام. أسلوبنا البسيط في حفظ الجروح في الجبائر اللاصقة لحمايتها كان ناجعاً في مرضى السكري أيضاً. القُرح المُزمنة لسنوات التأمت في ستة أسابيع

بسبب التجبير المتواصل. (على عكس ما يحصل مع مرضى الجُذام، تراجع إمداد الدم تراجعاً كبيراً في أقلية من المصابين بالسكري التراجع الذي تسبب في تباطؤ الالتئام ولربما الإصابة بالغرغرينا حتى مع المعالجة الجيدة).

كما وجدنا أن التقرّحات في قدم مرضى السكري، كما تلك الموجودة في قدم مرضى الجُذام، يُمكن منعها. غمر القدمين يومياً في حوض الماء واستخدام المرهم المرطب يُسهم إلى حد كبير في تثبيط تشققات مادة الكيراتين على الجلد. ولمّا ارتدى مرضانا بالسكّري أحذية خاصة وعلّمناهم العناية المناسبة بالقدم، ما عادت تظهر تلك القُرح.

كانت الحكومة تفكّر في صرف أحذية مجانية لمرضى السكري المحتاجين، لكن لم ير المشروع النور أبداً؛ كبقية الطلبات التي تُركز على الوقاية لا الشفاء. ووجدتها قاعدة أنّه من الأيسر في الولايات المتّحدة تقديم أعضاء صناعية جيدة، لا أحذية جيّدة.

مركز العناية بالقدم، الذي صار مزاراً لمرضى السكّري كما مرضى الجُذام، يُعالج طوابير لا نهائية من الأقدام المتضررة. لفّ الشاش حول مئات جروح العدوى سببها أن الإصابات الذاتية أحدثت أثراً، ولاحظتُ تغيراً تدريجيّاً في توجّه المُمرضات والمعالجين في كارفيل. إذا ما أتى مريض جديد للفحص، كنا نبدأ أولاً برسم خريطة مدى انعدام الألم. صرتُ أرى وجوه أفراد الطاقم تشرق إذا ما اكتشفوا أن المريض لا يزال يشعر. كان الألم جيداً، كلما كان الشعور بالألم عالياً في المريض، تيسّرت وقايته من الإصابة.

أحد مرضى الجُذام الذين لا يمكن نسيانهم، رجل من أصول لاتينية يُدعى بيدرو، كان قد بقي له موضع واحد وحيد يحس به في راحة كفّه اليُسرى. صارت اليد محل فضولنا الكبير. كشفت صور التصوير الحراري

عن البقعة الحساسة بكون درجة الحرارة فيها أعلى بست درجاتٍ عن بقية اليد، حارة كفاية لتقاوم غزو عُصيّات الجذام التي تتلمس البراد. لاحظنا أنّ بيدرو يتحسس الأشياء بطرف يده؛ كالكلب الذي يقوده أنفه. كان لا يمسك بكوب القهوة حتى يتحسس حرارته بموضع الاستشعار عنده. يعود الفضل إلى تلك البقعة الحساسة الوحيدة، التي حجمها حجم قطعة الخمس سنتات، التي عمل بيدرو على أن لا يطالها الضرر لخمسة عشر عاماً. (بعد تحايلات كثيرة لمعرفة السبب علمنا من بيدرو أنّه ومنذ سنوات خلت أزال طبيب وحمة كانت هناك؛ شبكة من الأوردة تحت السطح ظلّت توصّل إمداد الدم المتزايد لتلك البقعة الوحيدة).

أصعب مرضانا على الإطلاق أولئك الذين يُعانون من وضعٍ نادرٍ للغاية، ألا وهو انعدام الحسّ بالألم تماماً. في القسم الافتتاحي لهذا الكتاب رويت قصة تانيا، المريضة التي تُعاني من هذه العلّة. كان هناك ثلاثة مرضى [يعانون] من هذه العلّة لما وصلت كارفيل، شُخصّوا جميعاً بالجُذام بسبب تشوّهاتهم. (تعلمت مُذ ذاك الحين أن يكون أول ما أطلبه عند زيارتي الأولى لأي مستشفى جُذام هو رؤية أشد المرضى الشباب تشوّهاً. يأتي الطاقم ببضعة أطفالٍ ممن فقدوا بعض أجزاء أيديهم وأقدامهم، ولربما كانوا يرتدون أعضاء صناعية. عادة ما أجدُ أنّ هؤلاء الأطفال لا يعانون من الجُذام، كتانيا، إنما من عيب خُلقي تمثّل في غياب الألم. في الجُذام، يستغرق فقدان الشعور بضعة أعوام، لذا من النادر أن يُؤذي الأطفال الصغار أنفسهم إيذاءً بليغاً. إذا ما وجدت هؤلاء الأطفال ممن تلقى تشخيصاً خاطئاً، فإنّي أستطيع إخراجهم من المجذمة، إلا أنّه عادة ما يُفضل أن يبقوا تحت إشراف مُباشر من جهةٍ ما. إذ إنّ الحياة في الخارج خطرة للغاية).

كُتب في الدراسات الطبية عما يزيد عن مئة حالة لانعدام الألم كعيب خُلقي. في عشرينات القرن الحادي والعشرين، ظهر منعدم الألم إدوارد إتش. غيبسون (Edward H. Gibson) في جولة ترفيهية بوصفه

الإنسان البنكوشين (the Human Pincushion)[1] لعرض «موهبته ودعوة الجمهور لغرز الدبابيس فيه. لا ريب أنّ أورة الغرابة تتعلق بكل ما دقّ فيما يتعلق بهذه العلّة الغريبة. [من أمثلتها] مراهق يُزيح كتفيه عن موضعهما عمداً ليُرفّه عن أصدقائه، وطفلة بعمر ثمانية أعوام تخلع كل أسنانها ما عدا تسعة وتنزع كلتا عينيها عن محجريهما، وحدثٌ يقضم نصف لسانه خلال مضغ العلكة.

يتربّص الخطر حول منعدم الألم. الحنجرة التي لا تشعر بأي وخزٍ لن تُطلق منعكس السعال (cough reflex) الذي يُعيد البلغم من الرئتين إلى البلعوم، والذي لا يسعل أبداً يواجه خطر الإصابة بالالتهاب الرئوي. مفاصل عظام منعدمي الحسّ تتدهور إذ لا همسات ألم تحفّزهم على تغيير الوضعية، وقريباً ما يطحن العظم بالعظم. التهاب الحلق العقدي (strep throat)، التهابات الزائدة الدودية، الأزمة القلبية، السكتة القلبية، ليس للجسم أن يُبلغ عن هذه المخاطر للشخص منعدم الحس. غالباً ما يعرف الطبيب الذي باشر الوفاة الدلائل الأولية على سبب الوفاة عند التشريح.

في زيارةٍ لجامعة ماكغيل يونيفيرسيتي (McGill University) رأيت عيّنات لتشريح جُثة لمثل هذا الإنسان تعود لجين (Jane)، وهي أنثى بلغت العشرين مؤخراً. وكأجزاء من شجرةٍ عجوز، أظهر جسمها سجلّاً مرئيّاً للكوارث الطبيعية التي حدثت في الماضي. رأيت علاماتٍ لقضمات الصقيع (frostbites)، وعلى الأغلب هي من فصل الشتاء القارس السالف. فم جين من الداخل كان مليئاً بالندوب، ولا شك أنّها حروق الأطعمة والأشربة الساخنة. بعض عضلاتها مثقوب، وهو شيء لا يمكن تلافيه بالنسبة لشخصٍ لم يشعر أبداً بالآلام التي تُنذر بالاستخدام المفرط.

---

(١) وسادة الدبابيس، فُضّلت النقحرة في المتن لأنّه لقب، والترجمة في الهامش ليتصور القارئ علاقة اللقب بصاحب هذه الحالة. (المترجمة).

أما يداها وقدماها فقد كانت مثل قوالب الجبائر التي كنت أصنعها لأشد مرضى الجُذام تشوّهاً، بالعديد من الأصابع المفقودة.

د. ماكناوتون (Dr. MacNaughton)، عالم الأعصاب الرئيسي، روى لي طرفاً من تاريخ جين، [حيث قال]: «عادة ما كانت جين حريصة للغاية، مريضتنا القديرة. كما تعرف أنّ العشرين سنّ كبيرة للغاية لشخصٍ في هذه الحالة. بدأت مشكلاتها الحديثة بحادث سيارةٍ مؤسف. انزلقت سيارتها عن الطريق الثلجي ودخلت في قناة تصريف، فلمّا شغلت المحرك، علقت العجلات. لا بد أنها ارتبكت، ذلك أنّها خرجت من السيارة وبحركة حمقاء حاولت رفع العجلة لتضع تحتها بساط السحب. حدث شيء على غير ما يُرام - سمعت صوت كسر - وفقدت القوة. لا شك أنها لم تشعر بشيء. لما أخرجت سيارتها، قادتها مباشرة إلى هنا، فأخذنا صوراً بالأشعة السينية وتبين أنّ ظهرها قد انكسر فوراً. تخيّل أنّ عظم الظهر انكسر ولم تشعر بشيء! وضعنا لها جبيرة لاصقة».

غالباً ما يُؤثر انعدام الحس بالأعصاب السيمبثاوية أيضاً، المتداخلة مع القدرة على التعرّق. يقول د. ماكناوتون إنّه وبعد أسابيع، بدأت جين تشعر بالحرارة داخل جبيرتها، حرارة لدرجة أنها أزالتها بيديها العاريتين، مقطّعةً أصابعها خلال ذلك. لم يلتئم الظهر التئاماً صحيحاً، حيث كان هناك فِصال كاذب بين الفقرات (أراني صور الأشعة السينية للمفصل الخاطئ). وفي يوم ما، لما انثنت جين، انزلق الفِصال الكاذب مخترقاً النخاع الشوكي، قاطعاً إياه. كانت جين خلال الأشهر الأخيرة القليلة من حياتها شلّاء.

لا يموت الناس من الشلل، وعليه لم تكن إصابة الظهر هي من قتلت جين؛ بل توفّيت بسبب عدوى بولية. بوضع معقّدٍ من سلس البول وانعدام قدرتها على الشعور بأي من علامات الألم المحذّرة، أحدثت العدوى تلفاً لا يُمكن علاجه في كليتيها.

عُدت إلى كارفيل وقد عزمت على استخدام جين كمادة للموعظة [التي سأقدمها] لمرضاي منعدمي الألم، إذ كُنت أحذرهم: «لا تتراخَ أبداً! يجب عليك أن تكون متأهباً طوال اليوم. لا يتوقف تفكيرك أبداً عن الطريقة التي لربما كانت مؤذية لك».

تمنيت لو أنّي حققتُ نجاحاً في عمليتي التوعوية، إلا أنّ الحقيقة أنّي لم أستطع ذلك. لم يطل العهد برحلتي إلى كندا حتى قابلت جيمس (James)، المولود بانعدام الألم، الذي كان قد فتح محرك مركبةٍ حار بنتوأيه المبتورَيْن، واضعاً ثقله كلّه على الحافة الحادة لمفتاحٍ محاولاً إرخاء برغي. لم أجد أبداً طريقة لإفهام منعدمي الألم الدروس التي تُثير نظام الألم السليم وتحدث عفواً.

الألم المُخرَس

تانيا، وجيمس والعديد مثلهما يؤكدون تأكيداً قاطعاً ما سبق أن تعلمناه من مرضى الجُذام: الألم ليس هو العدو، إنّما هو رائد مُخلص يُبلغ عن العدو. إلا أنّه ـ وهذه هي المفارقة الرئيسية في حياتي ـ وبعد قضاء حياة بأكملها بين أُناسٍ يدمّرون أنفسهم بسبب افتقارهم للألم، لا زلت أجده صعباً أنّ أُوصّل [فكرة] تقدير الألم لمن لم يتعرض لمثل تلك العلّة. الألم هو النعمة التي لا يريدها أحد فعلاً. لا أظن أنّ هناك ما هو أثمن منها لدى من يُعاني من انعدام الألم الخلقي، والجذام، والسكّري وبقية الاضطرابات العصبية. إلا أنّ من ينعم بهذه النعمة بالكاد يُقدّرها، إذ عادةً ما يستاء منها.

إجلالي للألم يصطدم كثيراً مع التوجّه العام الذي أشعر أنّه أحياناً هدّام، خاصة في الدول الغربية المتحضّرة. لاحظت في أسفاري قانوناً ساخراً مُعاكساً: إذا ما تمكّن المُجتمع من الحدّ من المُعاناة، فإنّه يفقد قدرته على التعامل مع ما تُخلّفه. (إنّهم الفلاسفة، واللاهوتيون، والكتّاب من الغرب المُترف، وليس العالم الثالث، ممن يقلق قلقاً رهيباً فيما يتعلق «بمشكلة الألم» موجّهين إصبع الاتهام إلى الرب).

لا ريب أنّ المُجتمعات الأقل تحضراً لا تخشى الألم البدني بهذا القدر. شاهدت الإثيوبيين يجلسون بهدوء، ودون تخدير، يُعمل طبيب الأسنان ملقطه ذهاباً وإياباً حول الأسنان المتسوّسة. غالباً ما تُنجب الأمهات في أفريقيا أطفالهن دون استخدام العقاقير وبلا إشارة تدل على الخوف والقلق. لربما افتقرت هذه الثقافات التقليدية إلى المُسكّنات الحديثة، إلا أنّ العقائد والأنظمة العائلية الداعمة ثبتت أوتادها في الحياة اليومية لتُعين الأفراد على التعامل مع الألم. يعرف القروي الهندي العادي ألم المعاناة جيّداً، ويتوقّعه، ويقبله بوصفه إحدى صعوبات الحياة التي لا مفرّ منها. بطريقة استثنائية، تعلّم شعب الهند التحكّم بالألم على مستوى العقل والروح، وتشكّل لديهم الصمود الذي يصعب علينا نحن في الغرب أن نفهمه. الغربيون، على العكس، يميلون لرؤية المعاناة على أنها ظلمٌ أو إخفاق، انتهاك لحقّهم المكفول في السعادة.

بعد أن انتقلت إلى الولايات المتحدة بفترة قصيرة، رأيتُ إعلاناً تجارياً يُظهر بصراحة التوجّه الحديث حيال الألم. أخفضت الصوت، وجلست أمام التلفاز لأشاهد الصور تومض على الشاشة. بدايةً، يُشير رجل بمعطف المعمل بحماس إلى رسمة ضخمة لرأس الإنسان. ظهرت خطوط حمراء برّاقة، تُشبه الصواعق التي تظهر في أفلام الكرتون، على الرأس، فوق العينين مُباشرة، وفي القاعدة القريبة من منطقة الرقبة. المُعلن، بابتسامةٍ ثابتة، كان يصف [أحد أنواع] الصداع.

ثم رأيت منضدة معمل، حيثُ تُغطي ورقتان بيضاوان قارورتين كبيرتي الحجم؛ وكانت الثالثة ظاهرة ومختومة باسم تجاري. بينما كان الرجل في معطف المعمل يُمسك بالقوارير واحدة تلو الأخرى، كانت الكاميرا تتحول إلى رسم بياني شريطي يُظهر كمية المليغرامات من مسكّن الألم التي يحويها كل منتج. لم يكن مفاجئاً أنّ القارورة المختومة بالاسم التجاري تحتوي على أكبر كميّة.

أظهرت الكاميرا من ثمّ ساعة خضراء كبيرة في يد، بينما اليد الأخرى تمر عليها. أشار الرجل إلى الساعة ثم عاد إلى القارورة المختومة. قرّبت الكاميرا العدسة نحو القارورة وظهرت هذه الكلمات على الشاشة: «المزيد من مسكن الألم؛ يعني: عودة أسرع للعمل».

ترى النظرة الحديثة للألم أنّه عدو، الغازي المشؤوم الذي لا بد من طرده. وإذا ما تخلّص المُنتج س من الألم خلال ثلاثين ثانية أسرع [من غيره]، فبها ونعمتْ. لهذا المنهج تبعات خطيرة ووحشية: فإذا ما عُدّ الألم عدواً وليس إشارة تحذيرية، فإنّه يفقد قدرته على التوجيه. إسكات الألم دون اعتبار رسالته يشبه فصل جرس إنذار الحريق لتفادي سماع الأخبار السيئة.

أشتاق [إلى رؤية] إعلانٍ تجاري يُؤكد على الأقل بعض منافع الألم: «أولاً، أنصت إلى ألمك. إنّه جسمك يتحدّث إليك». أنا أيضاً أتناول الأسبرين لتسكين صداع التوتر، لكن ليس قبل أن أتوقف وأفكّر بالذي سبب الشدّ العصبي الذي أفضى إلى الصداع. أتناول علاجاً لألم حموضة المعدة، لكن بعد التفكّر بما أكلته حتى يتسبب لي بهذا الألم. هل أكلتُ كثيراً؟ سريعاً؟ الألم ليس عدواً غازياً، إنما رسولٌ مُخلص مُوفَد من جسدي ليُحذرني من الخطر.

المحاولات الهوجاء لإسكات الألم لربما أفضت إلى نتائج عكسية[1]. تستهلك الولايات المتحدة ثلاثين ألف طنٍ من الأسبرين

---

(١) التفسير المُمكن لهذه الظاهرة يكمن في رغبة جسم الإنسان في حفظ الطاقة. توقف عن استخدام عضلة وستضمر. وبالمثل إذا ما حقنت الغدة الكظرية لمريض بجرعات من الأدرينالين والكورتيزون، إذ من الطبيعي أن تُنتج هذين الهرمونين، فإنّ إنتاجها سيتضاءل، وبمرور الوقت ستتوقف عن الإنتاجية تماماً. يعتقد بعض الباحثين في الألم أنّ إدمان أدوية تسكين الألم قد يكون له الأثر نفسه على الدماغ. إذا ما ألجمنا حاجة الدماغ للإندروفين (مُسكّن الجسم الطبيعي) بتوفير بدائل اصطناعية، فإنّ الدماغ «سينسى كيفية» إنتاج المواد الطبيعية. مُدمنو الهيروين نموذج النتيجة النهائية: سيطلب دماغ المدمن المزيد =

سنوياً، ما يُعادل ٢٥٠ حبّة للشخص الواحد. يتم إنتاج مسكنات الألم الأحدث والأجدد باستمرار، ويبتلعها المُستهلكون: ثُلث العقاقير المُباعة ما هم إلا دُخلاء يعملون على الجهاز العصبي المركزي. الأمريكيون، الذين يُشكّلون ٥٪ من سكّان العالم، يستهلكون ٥٠٪ من عقاقيرهم المصنّعة [على أرضهم]. لكن ما كان المقابل لهذا الهوس؟ رأيت ما يُثبت نوعاً ما أن الأمريكيين يشعرون بأنّهم مستعدون استعداداً أفضل لتجاوز الألم والمعاناة. إدمان العقاقير والكحول، الوسائل الأوّلية للهروب من جحيم الواقع، تضخّم تضخماً مهولاً. خلال السنوات التي عشتها هناك، كان قد افتُتح أكثر من ألف مركز للألم لمساعدة الناس على محاربة العدو الذي لا يكلّ ولا يستسلم. ظهور ظاهرة «متلازمة الألم المُزمن»، الظاهرة التي يندر أن تُرى في البلدان غير الغربية أو الدراسات الطبية القديمة، لا بد أنّها أطلقت الإنذار لثقافةٍ ألزمت نفسها [باكتساب علّة] انعدام الألم.

لِمَ لا «نحل» مُعضلة الألم مع كل الموارد التي بين أيدينا؟ ينشد العديد من الناس الحل الذي يمنحنا القدرة على الحد من الألم، إلا أنّي أستطيع تصوّر ما قد يحدث إذا ما نجح العُلماء في تصنيع حبة «انعدام الألم». رأيت بالفعل العلامات المُقلقة إذا ما وجدت التقنية أساليب أكثر فاعلية لإخراس ضجيج الألم. [سأذكر] مثالين، أحدهما من الرياضات الاحترافية، والآخر من مركز لمعالجة قضمات الصقيع إذ سيقدّمان تنبؤاتٍ مشؤومة للتبعات.

يُتقن مدربو الرياضة المحترفون تجاوز علامات الألم. يختفي لاعبو كُرة القدم المصابون في غُرفة تبديل الملابس لأخذ حُقنة تسكين الألم، ثم

= من المواد الاصطناعية لأنّه ما عاد بإمكانه تلبية الرغبة الجامحة لمواقع مستقبلات التخدير فيه. يظهر على مُدمني الهيروين لفترة طويلة حساسية مُفرطة للألم بعد التعافي. أدنى ضغط لورقة ما أو نسيج يُسبب ألماً فظيعاً؛ ذلك أن الدماغ لم يعد يُصنّع الناقلات العصبية التي تتعامل مع مثل هذا المُنبّه المُعتاد. (المُؤلّف).

يعودون إلى الملعب بإصبعٍ مكسور أو ضلعٍ ملفوفٍ. في إحدى مباريات كرة السلة رابطة كُرة السلّة الوطنية (National Basketball Association) طُلب من لاعبٍ شهير، بوب غروس (Bob Gross) أن يبدأ اللعب بغض النظر عن كاحله المُصاب إصابة سيئة. حقن طبيب الفريق الماركين (Marcaine)، وهو مسكن قوّي، في ثلاثة مواضع من قدمه. خلال المباراة، كان غروس يُقاوم التعثّر ثم سُمع صوت كسرٍ عالٍ في أرجاء الساحة. كان غروس غافلاً لمّا كان يدور حول الحلبة ثم يتزحلق على الأرض. بالرغم من أنه لم يشعر بأي ألم، كسرت عظمة في كاحله. بوضع نظام التحذير خارج التغطية، كان غروس قد هيّأ نفسه لإصابةٍ تسببت بضرر دائمٍ وبإنهاء حياته المهنية في كرة السلة.

المثال الثاني من زيارةٍ أجريتها في ستينات القرن العشرين مع د. جون بوسويك، لإدارة حول قضمات الصقيع في مستشفى كوك كونتري هوسبيتل في شيكاغو (Cook Country Hospital). قادني إلى ردهةٍ كبيرة ومفتوحة حيث يستلقي سبعٌ وثلاثون ضحية لقضمات الصقيع الخطيرة، وقد رُفعت عنهم لُحفهم لتظهر أربع وسبعون قدماً مسودّة. (في معالجة قضمات الصقيع، كان الأطباء يتركون الجزء المتضرر للتهوية ليجف؛ وسرعان ما يُطيح الجسم بالأنسجة الناخرة، حيث يمكن إزالتها لاحقاً) رائحة الغرغرينا المُثيرة للغثيان تملأ الجو. لم أرَ قط مشهداً كهذا في أي مكان، فقد أفزعني. قلتُ: «أظن أنّ مدينة كشيكاغو ستوفر مأوىً لهؤلاء المشرّدين».

ضحك بوسويك، وردّ: «هؤلاء ليسوا بمشرّدين، يا بول. لديهم جميعاً المأوى، وبعضهم من الطبقة المتوسطة. هم إمّا مدمنون للكحول أو العقاقير. يخرجون ويحتفلون، ولا يستطيعون العودة إلى منازلهم، أو ربما أُنزلوا عند أبوابهم إلا أنّهم كانوا ثملين حدّ أنّهم لم يستطيعوا إدخال المفتاح في مكانه. لذا استلقوا وناموا على عتبات أبوابهم، أو لربما على كومة ثلج. يتسبب الكحول بتبلد كل شعورٍ بالألم والبرد، وعليه لا بأس

بالثلج. استشعاره جيد للغاية، فعلاً. يستغرقون في النوم حينها، ثم تجدهم عائلاتهم في الصباح التالي في الباحة الأمامية، نائمين برضا. تعاملت مع الضرر الناجم عن خمول خلايا الألم. انظر إلى هؤلاء الأصدقاء. قد يفقد بعضهم قدماً بأكملها».

يُقدّم هذان المثالان تشبيهات تحذيرية للمجتمع الحديث، إذ يُصوّران تصوّراً متطرّفاً لما قد يحدث إذا ما أسكت الألم. عشت لسنوات عديدة بين أناس لا يشعرون بالألم، ويُرثى لهم، لا أن يُحسدوا. عوضاً عن محاولة «حلّ» الألم، بالحد منه، لنتعلم الاستماع إليه، والتعامل معه. التحوّل سيتطلب تغييراً جذرياً في المشهد العام، ومن ذلك الفكرة الأمريكية ذائعة الصيت التفاؤلية بأنّه يُمكن حل كُل شيء.

البديل الرديء

في فترة ما كُنتُ أذهب لعيادتين بانتظام أسبوعياً، إحداهما في باتون روج التي يزورها أساساً مرضى التهاب الشرايين الروماتيدي (rheumatoid arthritis)، والأخرى في كارفيل لمرضى السكري والجُذام. التهاب الشرايين الروماتيدي هو اضطراب في المناعة الذاتية حيث تتورّم المفاصل في التهاب مؤلم فيُهاجم الجسم أنسجته. أستخدم أحياناً مرضى الجُذام كموعظة لهؤلاء المرضى، في محاولة لإقناعهم بقيمة الألم، فأقول: «انظر إلى مرضى الجُذام هؤلاء، هل تحسدهم؟ مرضك يُدمّر الجسم أكثر بكثير مما تفعله عدوى الجُذام. [في مرض التهاب الشرايين الروماتيدي تنمو العظام ليّنة وهشّة، وتتخلخل الأربطة وتنفصل عن المفاصل، فتتمدد العضلات إلى المكان الخطأ] لكن انظر لديك يدان سليمتان! كل أصابعك الخمس سليمة. وتُبلي بلاءً حسناً في حماية نفسك أكثر مما يفعله أولئك الأصدقاء المصابون بالجذام؛ لأنك وببساطة تشعر بالألم. لديهم عظامٌ ومفاصل قوية، لكن تأمل، كل الأصابع المفقودة. اشكر الألم؛ إذ إنّه يمنعك من إيذاء أصابعك».

كانت الأذان الصمّاء تتلقى مواعظي. لا يُظهر مرضى التهاب الشرايين الروماتيدي امتنانهم للألم الذي يحفظ لهم أيديهم والأقدام، وعوضاً عن ذلك يرجونني تسكين آلامهم. بعضهم، في بحثه عن تسكين الألم، يتناول مواد ستيرويد (steroid) [المنشطة] بجرعات هائلة لدرجة أنّ عظامهم تنخر وتتأرجح براجمهم، مفتقرة للمفاصل. إحدى المريضات، بدينة وطريحة الفراش، تناولت كمية كبيرة من الستيرويد لدرجة أنّها لما خاطرت بالنهوض من السرير تفتت عظام قدمها كما الطباشير. غالباً ما يُقدم التهاب الشرايين الروماتيدي لضحاياه مأزقاً كلاسيكيّاً: إمّا أن تُسكت الألم وتُدمر الجسم، أو تُنصت له وتحفظ الجسم. وفي منافسة عادلة، نادراً ما يربح الألم.

لِمَه؟ بالنسبة لي، إنّه باختصار لغز الألم المُحيّر. لم تضعنا عقولنا في حالةٍ سنختار عكسها تلقائياً؟ أستطيع ببساطة أن أضرب أمثلةً للمنافع العامة للألم: كل ما عليّ هو أن أُجيل متشككاً في مجذمة. إلا أن بعض الاعتراضات على نظام الألم، التي سأفصّلها فيما يلي أدناه في سؤالين اثنين، ليس من السهل البتّ فيها.

السؤال الأول: لِم ينبغي على الألم أن يكون مُزعجاً؟ أعرف الإجابة، الإجابة التي يقوم عليها توجّهي حيال الألم بأكمله. إنّ الانزعاج البالغ من الألم، الجانب الذي نكره، هو ما يجعله فعّالاً للغاية في حمايتنا. أعرف إجابة هذا السؤال نظرياً، إلا أنّ الأثر الموهن للألم على المرضى يجعلني أتعجّب. يتبع ذلك سؤالٌ آخر: لِم ينبغي للألم أن يستمر؟ لا ريب أنّ تقديرنا للألم سيتحسن إذا ما جُهّزت أجسامنا بخاصية الفتح والإغلاق، متيحةً لنا إغلاق التحذيرات بإرادتنا.

أقلقني هذان السؤالان لسنوات. ظللت أعود إليهما، وكأنّي أبحث في ندبة قديمة. بالرغم من جهودي العقدية في تحسين صورة الألم، إلا أني لم أستطع البت تماماً في هذين السؤالين في عقلي حتى جُلتُ في

مشروعٍ بحثي جديد، مشروعنا الأشد تطلعاً حتى اليوم في كارفيل.

حمل طلبي الواعد عنوان «البديل العملي للألم». اقترحنا تقديم نظام اصطناعي للألم ليحلّ محل النظام المعطوب فيمن يُعانون من الجُذام وانعدام الألم الخلقي والسكري العصبي، والاضطرابات العصبية الأخرى. أكّد اقتراحنا على المنافع الاقتصادية المُمكنة: باستثمار مليون دولار لإيجاد طريقة لتحذير هؤلاء المرضى من أسوأ المخاطر، لربما استطاعت الحكومة توفير عدة ملايين تُنفق على المعالجة العيادية والبتر والتأهيل.

أحدث المُقترح ضجةً في المعاهد الصحية الوطنية (National Institutions of Health) في واشنطن. وصلتهم طلبات من علماء ممن يريدون القضاء على الألم أو إضعافه، ولم يطلبهم قط من يتمنى إيجاد الألم. بالرغم من ذلك، حصلنا على الدعم لهذا المشروع.

خططنا، تخطيطاً واقعيّاً، لمضاعفة الجهاز العصبي البشري على مستوى ضئيل للغاية. احتجنا إلى بديل «مستشعر عصبي» لتوليد الإشارات في الأطراف، «المحور العصبي» أو النظام الشبكي لحمل رسائل التحذير، وأداة استجابة لتُبلغ الدماغ بالخطر. تزايد الحماس في معمل أبحاث كارفيل، إذ كُنا نحاول شيئاً، على حد علمنا، لم يُجرب قطّ.

تعاقدت بالباطن مع قسم الهندسة الكهربائية في جامعة لويزيانا ستيت يونيفيرسيتي (Louisiana State University) لتطوير مُستشعر مصغّر لقياس الحرارة والضغط. علّق أحد المهندسين على العوائد المُمكنة مازحاً بقوله: «إذا ما نجحت فكرتنا، فسيكون لدينا نظام للألم يُحذر من الخطر ولا يُؤذي. بمعنًى آخر، ستكون لدينا الجوانب الجيدة للألم دون السيئة! سيطلب الإنسان السليم هذه الأجهزة لاستبدالها بنظامه الخاص. من الذي سيُفضل الألم الحقيقي في إصبع على إشارة تحذيرية تصل عبر سمّاعة؟».

سرعان ما عرض علينا مهندسو جامعة لويزيانا ستيت يونيفيرستي تصميماً أولياً للمحوّلات، وهي أقراص معدنية رقيقة أصغر من زر

القميص. الضغط الكافي المُحدث على هذه المحوّلات سيُحول مقاومتها الإلكترونية، مُحدثة تيّاراً كهربائياً. طلبوا من فريقنا البحثي تحديد عتبات الضغط التي ينبغي أن تُبرمج في المستشعرات المصغّرة. استذكرت أيام دراستي الجامعية في معمل تومي لويس للألم، مع فارقٍ كبير: الآن، عوضاً عن الاقتصار على اختبار الخصائص الموجودة في جسم الإنسان حسن الخِلقة، عليّ أن أفكر كمن صمَّمه[1]. ما هي الأخطار التي سيواجهها الجسم؟ كيف أستطيع عدّ هذه الأخطار بطريقة تستطيع قياسها المستشعرات؟

لتبسيط الأمور، ركّزنا على أنامل الأصابع وبواطن الأقدام، المناطق التي تُسبب لمرضانا أكثر مُشكلاتهم. لكن كيف لنا أن نطوّر مُستشعراً حركيّاً يُفرّق بين الضغط المقبول، لنقل كوخزة شوكة، وبين الضغط غير المقبول بوخزة شظية من الزجاج المكسور؟ كيف لنا أن نُعاير مستوى الضغط للمشي العادي مع السماح بالمزيد من الضغط أحياناً للقفز عن حاجز أو القفز فوق بركة من الوحل؟ مشروعنا، الذي بدأ بتلك الحماسة، تزايدت مهابته.

أذكر من أيام الدراسة الخوالي أنّ الخلايا العصبية تتحوّل في تمييزها الألم بما يتوافق مع احتياجات الجسم، نقول: إنّ الإصبع رقيقة: آلاف الخلايا العصبية في النسيج المتضرر ستُخفّض تلقائيّاً عتبة الألم لمنعنا من استخدام الإصبع. تبدو إصبع المُصاب بالعدوى كما لو أنّه يتعرّض للارتطام دائماً ـ إنها «ينتصب كما لو كانت إبهاماً متقرّحاً» ـ ذلك أنّ الالتهاب يُضاعف حساسيتها للألم عشرة أضعاف. ما من محوّل حركي يُمكنه أن يكون مُستجيباً استجابة فورية وكبيرة لحاجات النسيج الحيّ.

مستوى تفاؤل باحثينا كان ينخفض شيئاً قليلاً شهراً إثر شهر. فريقنا

---

(١) يقصد المؤلّف الرب الخالق كما يفهمه، ليس كربنا الخالق ﷻ، إذ لا نقول عن تقدير الله «تفكير الله». (المُترجمة).

في كارفيل، الذي توصّل إلى نتائج مهمة حول الضغط المتكرر والضغط المتواصل، يعلم أنّ أسوأ المخاطر لا يُسببها الضغط غير الطبيعي، إنما الضغط الطبيعي المتكرر آلاف المرات، كما في فعل المشي. شيرمان الخنزير كان نموذجاً على أنّ الضغط المتواصل المخفض حتى وصل باونداً واحداً للإنش المربّع يُؤذي الجلد. كيف بإمكاننا تجربة كل هذه المتغيرات في محوّل مصغّر؟ نحتاج إلى شريحة حاسوبية على كل مُحوّل لتتبع التغييرات التي تُعرّض الأنسجة للضرر بسبب الضغط المتكرر. تنامى لدينا احترام جديد لقدرة الجسم البشري على التفريق بين هذه الاختيارات الصعبة آنيّاً.

بعد كثير من التسويات اتفقنا على الخطوط الأساسية للضغط والحرارة لتنشيط المُستشعرات، ثم تصميم قفاز وجورب مدمج فيهما العديد من المحوّلات. استطعنا أخيراً تجربة نظام الألم البديل على مرضى حقيقيين. نسعى الآن [في حل] المشكلات الحركية. هذه المُستشعرات، القطع الفنية من المُنمنمات الكهربائية، تميل للتدهور بسبب التآكل المعدني أو الصدأ بعد استخدامها لبضع مئات من المرّات. الدارات القصيرة كانت تجعلها تُطلق الإنذارات الخاطئة، مما يُوتّر متطوعينا. الأسوأ من ذلك أنّ المُستشعر الواحد يُكلّف ٤٥٠ دولاراً ومريض الجُذام الذي يسير حول مباني المُستشفى يرتدي جورباً قيمته ٢٠٠٠ دولار.

في المتوسط، طقم المحوّلات يعمل في الاستخدام العادي حيث الخلع واللبس لأسبوع أو اثنين. لا نستطيع طبعاً أن نسمح لمريضٍ بارتداء أحد قفازاتنا الغالية لأداء مهمة مثل جمع أوراق الشجر أو الضرب بالمطرقة، ذلك أنّها الأنشطة على وجه الخصوص التي نحاول أن نجعلها آمنة. قلق المرضى حول محولات الحماية [قبل استخدامها] بفترة طويلة، دروعهم المفترضة، أكثر من حماية أنفسهم.

حتى إذا ما كانت المحوّلات تعمل عملاً صحيحاً، فإنّ النظام

بأكمله مشروطٌ بإرادة المريض الحرّة. كُنا نتكلم بفخر عن استعادة «الجانب الجيّد من الألم وليس السيّئ،» مما يعني تصميم نظام تحذير لا يُؤلم. جربنا بداية أداةً تشبه السمّاعة تُهمهم إذا ما تلقت المُستشعرات الضغط الطبيعي، وتطنّ إذا ما كان هناك خطر طفيف، وتطلق صوت خُرم إذا ما تلقّت خطراً حقيقيّاً. أمّا إذا لفّ مريض بأيدٍ معطوبة مبرم الثقب لفاً شديداً، فإنّ إشارة التحذير العالية ستُطفأ، ويتجاوزها تلقائياً ـ دائماً ما يُرسل هذا القفّاز رسائل خاطئة ـ ويترك المثقب جانباً. الأنوار الوامضة فشلت للسبب نفسه.

المرضى الذي يُدركون «الألم» بصورته التجريدية لا يُمكن إقناعهم أن يثقوا بالمُستشعرات الاصطناعية، وإلا فسيملّون الإشارات ويتجاهلونها. الإدراك الذي تنزّل علينا أنّه ما لم نبنِ ميزة [الفعل] القسري، فإنّ نظامنا البديل لن يعمل أبداً. التأهب للخطر لم يكُن كافياً: كان ينبغي أن يُجبر مرضانا على الاستجابة. قال لي البروفيسور تيمز (Tims) من جامعة لويزيانا ستيت يونيفرسيتي، بإحباط: «بول، إنه غير مجدٍ. لن نستطع أبداً حماية هذه الأعضاء ما لم تُؤلم الإشارة فعلاً. لا بد أنّ هناك طريقة لإيلام مرضاك إيلاماً كافياً للفت انتباههم».

جربنا كل بديل قبل العودة للألم، وكان استنتاج تيمز صحيحاً: لا بد أن يكون المُحفّز مُزعجاً، كما هو الألم مُزعج. طوّر أحد طلبة تيمز الخريجين بطارية صغيرة تعمل بالمِلَف، إذا ما فُعّلت، أرسلت صدمة كهربائية بجهد عالٍ إنما بتيار منخفض. لم يكُن مؤذياً إنما مؤلم، إذا ما تم تطبيقه على الأقل في أجزاء من الجسم التي قد تشعر بالألم.

عُصيّات الجُذام، التي تُفضل الأجزاء الباردة من الجسم، عادة ما تبتعد عن الأماكن الدافئة مثل الإبط ولا تغزوها، وعليه بدأنا بلصق اللفيفة الإلكترونية في آباط المرضى لاختباراتنا. انسحب بعض المُتطوعين من البرنامج، إلا أنّ القليل كانوا جسورين فاستمروا. لاحظت، على الرغم

من ذلك، أنّهم يرون الألم الذي تُصدره مستشعراتنا الاصطناعية بطريقة مختلفة عن الألم الناتج عن المصادر الطبيعية. يميلون لرؤية الصدمات الكهربائية على أنّها عقاب خرق القوانين، وليس رسائل من الجزء المعرّض للخطر من الجسم. كانوا يستجيبون باستياء، وليس بغريزة وقاية النفس، ذلك أنّ نظامنا الاصطناعي ليس له ارتباط حميمي بمعناهم للذات. كيف يُمكن أن يكون كذلك إذ ما كانوا يشعرون بهزّة في الإبطِ لشيء يحدث لليد؟

تعرّفت فارقاً جوهريّاً: الشخص الذي لم يشعر بالألم أبداً كان يُوجّه من قِبلنا (task -oriented)، بينما الذي لديه نظام ألم سليم يُوجّه ذاتياً (self -oriented). الشخص الذي لا يشعر بالألم لربما عرف بالإشارة أنّ فعلاً ما مؤذٍ، لكن إذا ما كان يُريد فعلاً أن يفعله، فسيفعله على أية حال، أما الشخص الذي لديه حساسية للألم، وبغض النظر عن مدى رغبته في فعل شيء ما، سيتوقف عنه بسبب الألم، ذلك أنّه يعرف في دخيلة نفسه أنّ حفظ نفسه أهم بكثير مما يُريد أن يفعله.

مرّ مشروعنا بعدة مراحل، مستغرقاً خمسة أعوام من البحث المعملي، وآلاف الساعات من العمل، وأكثر من مليون دولّار من الدعم الحكومي. كان علينا أخيراً التخلّي عن الخطّة بأكملها. نظام التحذير المُناسب ليد واحدة فقط كان باهظاً للغاية، ومعرّضاً للأعطاب الحركية المتكررة، ورديئاً رداءة بائسة في تفسير الاستشعارات المختلطة التي تحل محل اللمس والألم. والأهم من ذلك أنه لا مفر من الاعتراف بنقطة الضعف الجوهرية في نظامنا: أنّه يظل تحت تحكم المريض. إذا لم يرد المريض الالتفات إلى تحذيرات مستشعراتنا، فإنّه دائماً ما يجد طريقةً لتجاوز النظام بأكمله.

بالتفكّر فيما مضى، أستطيع أنّ أحدد اللحظة التي تأكّدت فيها أنّ مشروع الألم البديل لن ينجح. كُنت أبحث عن أداة في معمل الفنون

الحرفية لما أتى تشارلز (Charles)، أحد مرضانا المتطوعيّن، لاستبدال حشوة في محرّك الدراجة النارية. عبر بالدراجة الأرض الإسمنتية، وأنزل بضربة [من قدمه] مُثبت الدراجة، ثم استعد للعمل على المحرّك الذي يعمل بالغازولين. راقبته بزاوية عيني. كانت تشارلز أحد أوعى متطوعينا الكثيرين، وكنتُ متطلّعاً لروية كيف تعمل مستشعرات الألم الاصطناعية في قفازه.

بدا أنّ أحد مسامير المحرّك قد صدِئ، وحاول تشارلز عدة مرات إرخاءه بمفتاح البراغي، ولم يفلح ذلك. رأيته يبذل جُهداً باستخدام المفتاح، ثم توقّف فجأة، قافزاً للخلف. لا بد أنّ اللفيفة الكهربائية قد هزّته. (لم أستطع منع نفسي من الجفول إذا ما رأيت نظام الألم الذي صنعناه يعمل كما صُمم له) درس تشارلز الوضع للحظة، ثم كشف عن إبطه وفصل سلكاً. أرخى المسمار بقوة هائلة باستخدام مفتاح براغي كبير، ثم وضع يده في قميصه مجدداً، وأعاد وصل السلك. علمتُ حينها أننا أخفقنا. كُلّ نظامٍ يسمح لمرضانا بحرية الاختيار محكومٌ عليه بالفشل.

لم أحقق أبداً حلمي حول «البديل العملي للألم»، إلا أنّ العملية انفلقت أخيراً عن الإجابة عن السؤالين اللذين لطالما سيطرا عليّ. لِم ينبغي أن يكون الألم مُزعجاً؟ لم ينبغي أن يكون الألم مستمرّاً؟ أخفق نظامنا لسبب دقيق، ألا وهو أننا لم نستطع إنتاج هاتين الميزتين بكفاءة. القوة المحيّرة للدماغ البشري بإمكانها إجبار الإنسان على التوقف! وهو شيء لا أستطيع تحقيقه بنظامي البديل. والألم «الطبيعي» سيستمر ما دام الخطر يُهدد [الجسم]، سواء أردنا ذلك أم لم نرد، وبعكس نظامي البديل، لا يُمكن أن يُوقف عن العمل.

خلال عملي على النظام البديل، كُنت أفكّر أحياناً بمرضاي المُصابين بالتهاب الشرايين الروماتيدي، ممن يتوقون إلى نوعٍ من مفتاح الإغلاق والفتح الذي كُنّا نُثبته. إذا ما توافر للمصابين بالتهاب الشرايين

الروماتيدي مفتاح أو سلك بإمكانهم فصله، سيُدمّر أكثرهم أيديهم خلال أيام أو أسابيع. يا لها من نعمة ـ كما أعتقد ـ أنّ يظل مفتاح الألم بعيداً عن متناول أيدي أكثرنا.

في نوفمبر من عام ١٩٧٢م، في الوقت الذي كنت أتصالح فيه مع نفسي فيما يتعلّق بإخفاق مشروعنا، وصلني خبر أنّ ابنتي ماري قد أنجبت حفيدنا الأوّل. مرّت أشهر قبل أن أستطيع شق طريقي إلى مينيسوتا (Minnesota) لاستكشاف هذه الظاهرة الجديدة. لما وصلت، قدمت لي ماري بفخر صبيّاً سليماً اسمه دانيال (Daniel). أعترف أنّه ولبضع دقائق استعدتُ دوري كطبيب عظام، وبدأت في تفحص مفاصل الأصابع وتقوّس ظهره، وزوايا قدميه، وجميعها كانت عظيمة. إلا أنّه ما زال هناك اختبار لا بد من إجرائه، وانتظرت حتى خرجت ماري من الغرفة لأجريه.

بإبرة عادية مستقيمة، كُنت أجري تقييماً بسيطاً لنظام الألم في طرف إصبع واحد. كُنت لطيفاً، طبعاً، لكن لا بد من إجرائه. سحب دانيال يده للخلف، عبس، نظر إلى الإصبع ثم نظر إليّ. كان طبيعياً! منعكسه عمل كما صُمم له، وقد تعلّم في هذا العمر الصغير درساً مهمّاً عن الإبر المستقيمة. حملته قريباً من صدري ودعوتُ حامداً لهذا الإصبع المتناهية في الصغر. أدقّ قفاز طوّرناه في كارفيل يحتوي على عدد كبير من المحوّلات بلغت عشرين وبتكلفة تقارب عشرة آلاف دولار. هذا الرضيع أتى مُجهّزاً بألف مكتشفٍ للألم في طرف الإصبع الواحدة فقط، وكل منها مُعاير لعتبة محددة في طرف الإصبع. شعرت بشيءٍ من فخر الجد، ذلك أنّ شيفرتي الجينية الشخصية أسهمت في صناعة هذا الصبي الصغير. فشلت بوصفي مهندساً في إيجاد نظام للألم بمحوّلاتي الإلكترونية الباهظة، إلا أنّ حمضي النووي نجح في ذلك نجاحاً مُبهراً.

مما تحدّى فهمي أنّ محوّلات دانيال المصغّرة كانت قادرة على غربلة العديد من المتغيرات الرضّيّة والضغط المتواصل والضغط المتكرر

وإبلاغ العمود الفقري بذلك دون دارات قصيرة في شبكة الموصلات ودون الحاجة إلى صيانة جانبية، لسبعين عاماً أو ثمانين. بالإضافة إلى ذلك فإنّ مستشعرات الألم هذه ستعمل أرغبت في ذلك أم لم ترغب إذ المفتاح لا يُمكن الوصول إليه. المُستشعرات دقيقة، تتحفّز، وتطلب الاستجابة حتى لو كان من المبكر جدّاً أن يُدرك الدماغ معنى الخطر. أنهيت دعائي بهذا التسبيح المألوف: «شكراً للرب على الألم!».

القسم الثالث

تعلّم مصاحبة الألم

١٤
داخل الذهن

«اللغة الإنجليزية، التي استطاعت التعبير عن أفكار هاميلت (Hamelt) ومأساة لير (Lear's Tragedy)، ليس فيها من المفردات ما يعبّر عن التشنّج أو الصداع. . . إذا ما وقعت أصغر طالبة مدرسة في الحُبّ فإنّ لديها شيكسبير وكيتس ليُعبرا عمّا يجول في خلدها عنها، لكن ليُحاول مبتلًى أن يصف ألماً في رأسه لطبيبه، ستجد اللغة وقد تبخّرت جملةً واحدة»

فيرجينيا وولف (Virginia Woolf)

لستُ «خبيراً بالألم» بالمعنى التقليدي. لم أعمل قط في عيادةٍ للألم، وتجربتي محدودة في إدارته. وعوضاً عن ذلك، صرتُ أقدّر لطائف الألم بمعالجة من لا يشعر بها. لم أقل بالتأكيد أبداً: «شكراً للرب على الألم!» لما كنتُ طفلاً في تلال كولي، أو في كلية الطب خلال فترة البليتز، إذ إنّ تلك الإطلالة [على الألم] جاءت بعد سنواتٍ من العمل مع ضحايا انعدامه.

المرضى الآخرون، من بينهم أطفالي بلا شك، يُبدون رسائل متواصلة للتوجه الشائع حيال الألم: «إنّه يؤلم! كيف أوقفه؟» حاولت، على مدى سنوات، أن أجمع أطراف توجهٍ يتضمن ما تعلّمته من انعدام الألم وما تعلّمته منّا نحن ممن يشعر به. لا يمكن أن نعيش عيشاً رغيداً

دون ألم لكن كيف يمكن أن نعيش بأفضل ما يمكننا معه؟ الألم لا يُقدّر بثمن ـ النعمة الجوهرية ـ الذي لا أشك به. وبالتعرّف على كيفية السيطرة عليه وحدها نستطيع منعه من السيطرة علينا.

أُقسم تجربة الألم إلى ثلاث مراحل. أولى مراحله حين يكون الألم إشارة، مُنبّه ينطلق إذا ما شعرت النهايات العصبية في الأطراف بالخطر. مشروعي المنكوب لتطوير «بديل عملي للألم» كان محاولةً لإنتاج الألم في هذه المرحلة الأولى البدائية للغاية.

في المرحلة الثانية من الألم، يعمل النخاع الشوكي ومؤخرة الدماغ عمل «البوابة النخاعية» لتصنيف ملايين الإشارات التي تستحق إعادة توجيهها كرسائل إلى الدماغ.

قد يتدخل أحياناً الضرر أو المرض: إذا ما بُتر النخاع الشوكي، كما في الشلل النصفي السفلي (paraplegia)، فإنّ النهايات العصبية الطرفية التي تحت القطع قد تواصل إطلاق إشارات الألم، إلا أنّ هذه الإشارات لن تصل الدماغ.

المرحلة الأخيرة للألم تأخذ محلّها في الدماغ الأعلى (في قشرة المخّ تحديداً)، حيث يفرز الرسائل المُراجعة ويُقرر استجابةً ما. وفعلاً، لا يحصل الألم حقيقةً حتى تكتمل دورة الإشارة، الرسالة، الاستجابة.

حادث يومي بسيط ـ مثل وقوع طفلة خلال الجري ـ خير ما يُمثّل التفاعل ما بين هذه المراحل الثلاث للألم. عندما تحكّ ركبتها بالرصيف للمرة الأولى، فستتمايل يمنة ويسرة لتتفادى المزيد من التلامس [بين ركبتها والرصيف]. هذه المناورة الضرورية، التي أمر بها النخاع الشوكي، محلّها في المستوى الانعكاسي (المرحلة الأولى). ستمر نصف ثانية قبل أن تعي الطفلة الشعور الموجع لركبتها المخدوشة. تعتمد استجابتها على قوّة الخدش، وتركيبة شخصيتها، وما يدور حولها.

إذا ما كانت التلميذة تجري في سباقٍ مع أصدقائها، فإنّ ما يحصل

من إزعاج والحماس العام للعب سيُصدر رسائل مُنافسة (المرحلة الثانية) التي ستحجب تقدّم الألم. لربما نهضت وأنهت السباق دون أن تلقي نظرةً على ركبتها. وإذا ما انتهى السباق، وتلاشى الحماس، ستتدفق رسائل الألم عبر البوابة النخاعية إلى جزء التفكير من الدماغ (المرحلة الثالثة). ستنظر الطفلة إلى ركبتها، وسترى الدم، وسيُسيطر الآن الدماغ الواعي [على الموقف]. يُعزز الخوف الألم. يكون [دور] الأم حينها مُهماً، وهي التي سيلجأ إليها الطفل. الأم الحكيمة ستضم ابنتها أولاً، لتبدّل الخوف طمأنينة. ثم ستنفخ على التقرّح، وتغسل الدم، وتغطّي الجرح بلاصق قويّ ومزيّن، ثم سترسل الطفل ليكمل اللعب. ستنسى الطفلة الألم. ولاحقاً، في الليل، حيث لا شيء يُشتت الذهن، لربما عاودها الألم، وسيعود والداها على رأس المهمة.

لم تتغير إشارات الألم كثيراً خلال هذا الوقت. العصبونات الوفيّة في الركبة ظلّت تُرسل تقارير الأضرار خلال الظهيرة والمساء. إدراك الطفلة للألم يتغير غالباً بمدى حجب الألم في المرحلة الثانية، بمنافسة المُدخلات، وفي المرحلة الثالثة، بمهارة الوالدين في تهدئة القلق.

في الراشدين، حيث يتمتعون بخلفية ضخمة من التجارب والمشاعر يستندون عليها، يؤدي الذهن دوراً أعظم. بوصفي طبيباً، ما زال يتعاظم تقديري لقدرة الذهن على تغيير إدراك الألم من اتجاهٍ إلى آخر. بإمكاننا أن نصبح مَهَرة في تحويل الألم إلى حالةٍ أكثر خطورة نُسمّيها المعاناة. أو على العكس من ذلك، بإمكاننا تعلّم التحكّم بالموارد الهائلة للعقل الواعي ليساعدنا في التعامل مع الألم.

الحسّ اليتيم

في كلية الطب، كُنتُ أواجه عموماً الألم في المرحلة الأولى. يأتي إلي المرضى بشكاوى محددة تتعلّق بالإشارات في الأطراف ([مثل]: «إصبعي تؤلمني»، و«معدتي تؤلمني»، و«أذناي تطنان») لم يصف لي

مريضٌ قطّ شيئاً كهذا: «من بين العديد من الإرسالات التي دخلت نخاعي الشوكي، كان قد قُرر أنّ إشارات الألم القادمة من إصبعي ذات أهمية قصوى ليتم توجيهها إلى الدماغ»، أو «أشعر بالألم في معدتي: هل بإمكانك فضلاً أن تُعدّ ما يُشبه عقار المورفين لدماغي ليتجاهل إشارات الألم المنبعثة من معدتي؟».

بالرغم من أنّه عليّ الاستناد إلى ما يُخبر به المريض عن المرحلة الأولى ليُساعدني في تشخيص سبب الألم، إلا أنّي لم ألبث حتى أدركت أهمية الاستجابة للمرحلة الثالثة من البداية. سأصنّف على الأرجح مراحل الألم بترتيب معاكس، مولياً المرحلة الأولى الترتيب الأول في سلّم الأولويات. ما يستحوذ على ذهن المريض هو أهم جانب في الألم، والأصعب معالجةً أو إدراكاً حتّى. إذا ما تعلّمنا كيفية التعامل مع الألم في هذه المرحلة الثالثة، سننجح غالباً في حفظ الألم في مكانه المناسب؛ كخادمٍ وليس كسيّد.

علمتُ مرّة أنّ راقصة باليه تشعر بألمٍ حادٍّ في قدمها في كل مرّة تؤدّي فيها رقصة معيّنة على نقطة محددة من إصبع رجلها. بُحيرة البجع (Swan Lake) التي كتبها تشوكوفيسكي تتطلب تأدية هذه الحركة ثلاثاً وثلاثين مرّة في عرض الباليه الواحد، ولهذا السبب كانت تجزع من بحيرة البجع. ما إن تتناهى إلى سمعها موسيقى بُحيرة البجع من الراديو، حتى تقفز وتُغلقه. تقول: «أشعر في الواقع بالألم في قدمي إذا ما سمعت تلك الأنغام!». إنّ ما حدث في ذهنها يؤثّر على ما تُدركه من قدمها.

أدركت أوّل ما أدركت قوّة الذهن لما عالجت جُندياً اسمه جاك، بطل الحرب ذا الساقين المتشظّيتين الذي ينكمش خوفاً من حقنة تحت الجلد الممتلئة بالبينسلين. تعلّمت لاحقاً أن سلوك جاك في خطوط المواجهة الأمامية، الغريب كما بدا في ذلك الوقت، كان الاستجابة التقليدية لإصابة المعركة.

د. هينري ك. بيتشير (Dr. Henry K. Beecher) البروفيسور في كلية الطب بجامعة هارفرد سبك مصطلح «تأثير أنزيو (Anzio Effect)» ليصف ما لاحظه على مصابين بلغ عددهم ٢١٥ على ساحل مدينة أنزيو في الحرب العالمية الثانية. جندي واحد فقط من بين أربعة مصابين بإصاباتٍ خطيرة (كسور، بتور، صدور مثقوبة أو أدمغة) يطلب المورفين، الأغرب أنّه متوافر مجاناً. لم يحتاجوا ببساطة لمساعدة مع الألم، إذ إن العديد منهم يُنكر الشعور بالألم بالمرّة.

بيتشر، أخصائي التخدير، تناقض لديه رد فعل الجنود مع ما رآه في ممارسته الخاصة، حيث كان ٨٠٪ من المرضى المتعافين من جروح العمليات يتوسّلون المورفين أو أيّاً من العقاقير المخدّرة. اختتم [حديثه] قائلاً: «لا يوجد أي علاقة مباشرة ما بين الجرح بحد ذاته وبين الألم الذي يشعر به [المريض]. الألم يتحدد إلى حدٍّ كبير بعوامل أخرى، وأهمها هنا مدى خطورة الجرح.. في الجندي المصاب تكون الاستجابة للجرح [هي] التشافي، والفضل يعود لفراره حيّاً من أرض المعركة، مبتهجاً حتّى، بالنسبة للمدني، كانت العملية الجراحية المهمة التي خضع لها حدثاً مأساويّاً كئيباً».

دراستي للدماغ، خاصة ما تعلّق بمشروع التشريح في كارديف، ساعدتني في فهم سبب أداء الذهن دوراً مهمّاً في الألم. تركيبة الدماغ تتطلب ذلك. عُشر واحد بالمئة من الألياف التي تدخل قشر المخ تحمل معلومات شعورية جديدة، بما في ذلك رسائل الألم، وجميع بقية الخلايا العصبية تتواصل مع بعضها البعض، وتنعكس على بعضها البعض، وتُغربَل عن طريق الذاكرة والمشاعر. هل أنا خائف؟ هل ينتج عن الألم شيئاً ذو بال؟ هل أريد حقاً التعافي؟ هل أبدو مُثيراً للشفقة؟ إضافة إلى ما سبق، يُكوّن الدماغ الواعي استجابته لهذه الدوّامة من البيانات داخل الجمجمة، منعزلاً عن المحفّز الذي سبب الألم ابتداءً. لدى أغلب الاستشعارات مرجع [يُدعى]: «ها هو هناك». نستمتع بدعوة الآخرين لمشاركتنا ما يُثير

حواسّنا: «انظُر إلى الجبل!»، [أو] «أرعِ سمعك، سيبدأ الآن الجزء الأفضل»، [أو] «تحسس فراءه، إنّه ناعم للغاية»، ومعها يأتي الاستشعار ذو السلطة العُليا للألم حيث يتيتّم كل منّا. ليس للألم وجود «خارجي». ينظر شخصان للشجرة نفسها، ولا أحد يُشارك الآخر ألماً في المعدة. هذا ما يجعل معالجة الألم صعبة للغاية. ليس منّا، لا الطبيب ولا الوالد ولا الصديق، من بإمكانه أن يدخل فعلاً في ألم الآخر. إنّه الشعور الأعلى خصوصية والأشد وحدة.

كيف تشعر؟ إلى أي مدى يؤلمك؟ بإمكاننا طرح هذه الأسئلة، وتشكيل فكرة عن ألم الآخر، إلا أنّه لا يُمكن أن نجزم بذلك. باتريك وال (Patrick Wall)، رائد في نظرية الألم، نصّ على التالي حيث وصف هذه المعضلة [بقوله]: «الألم هو ألمي الذي يتزايد وكأنّه هوس قهري، قوّة لا يمكن مقاومتها، واقع مُهيمن. ألمك موضوع مختلف. . . حتى وإن مررت بالتجربة ذاتها فإنّي أعرف ألمي فقط وأخمّن ما قد ألمّ بك. إذا ما ضربت إصبعك بالمطرقة فإنّي أتلوّى لتذكّري ما شعرت به في إبهامي لما ضربته [بها]. أستطيع فقط أن أتوقّع ما تشعر به». يؤكّد وال على تعلّم احترام وصف المريض، مهما كان مُبهماً، ذلك أنّه وبغض النظر عمّا تُشير إليه الأدوات التقنية التشخيصيّة المتطوّرة، فإنّ الوصف اللفظي الذي يُقدّمه المريض هو التقييم المُمكن للألم في التحليل النهائي[(١)].

---

(١) للمساعدة في تشخيص الألم، طوّر ميل وال رونالد ميلزاك مخططاً للألم يعتمد على منظور المريض. أشار إلى أنّ المريض يميل إلى استخدام تشكيلات معينة من الكلمات في وصف عللٍ معيّنة. كلمات مثل خمول، تقرّح، حكّة أو ثقل، تصف ألماً مختلفاً عن الموصوف بأنّه حادّ، وواخز، ويتمزّق ويُحرق وحارق ومتصاعدٌ مستواه أو متأرجح تأرجحاً حادّ، ومضطرب ومتزايد ويسبب الخفقان. يُقرّ ميلزاك بأنّ هذه الكلمات رمزية، كما لو كانت هي كل ما نقوله في حديثنا عن الألم. لربما وصف من يعاني الشقيقة [الألم] بقوله: «يبدو وكأن أحدهم يضغط على عيني باستخدام إبر الخياطة»، ولربما وصفت عدّاءة مصابة بأنّه يبدو أنّ ساقها وكأنها «على النار»، وذلك بالرغم من أنّ الأوّل لم يجرب فعلياً ألم الضغط على العينين باستخدام إبر الخياطة ولا أنّ الثانية قد جرّبت =

ومع ذلك، [يُمكن القول] إنه وبالرغم من أن الألم شعور يتيم لا يُمكن فعلاً أن يشترك [فيه الآخرون]، فإنّه يبدو أنّه لا عِوضَ عنه في تشكيل هُويّة الإنسان الشخصية. أنا أتألم، إذاً أنا موجود. يعتمد الدِّماغ على «الصورة المحسوسة» لأجزاء الجسم ليبني خارطته الداخلية للجسم، فإذا ما اعترض تلف عصبي سيلان البيانات إلى الدماغ، فإنّه يضع الشعور الأساسي بالذّات على المحك. إذا ما استخدمنا اللغة الرمزية [في تناول هذا الموضوع، فإننا نقول] إننا نستخدم كلمة ميّت، لوصف الحالة المؤقتة لانعدام الألم، كما يحصل إذا ما أمات طبيب الأسنان سنّاً أو إذا ما وضعنا ساقاً على الأخرى لوقتٍ طويل حتى تخدّرت. وقد بدا أنّ مرضى الجُذام يعتبرون أيديهم وأقدامهم ميّتة فعلاً. العضو موجود - يُمكنهم رؤيته - لكن لا تغذية راجعة شعورية تُغذّي الصورة المحسوسة في أدمغتهم حيث فقدوا الوعي الذاتي المتعلق بكون اليد المخدّرة أو القدم تنتمي لبقية الجسد.

رأيت هذا المبدأ في العمل بينما كان أبشع منه في الحيوانات المعملية. اعتدت لفترة استخدام الفئران البيضاء لتساعدني في تحديد أفضل تصميم لأحذية القدم منعدمة الإحساس في مرضى الجُذام. كُنتُ أُميت مركزاً للألم في باطن ساق، ثم أحاكي ضغط أنواع مختلفة من الأحذية على قدم الفأر. كان عليّ المُحافظة على تغذية الحيوانات المخصصة للبحث تغذيةً جيّدة إذ إنها إذا ما جاعت ستبدأ وببساطة بأكل الساق المُخدّرة، إذ إنّ الفأر لم يعد يدرك أنّها جزء من الذات. ويُشبه ذلك ما يحصل مع الذئب إذ إنّه إذا ما تخدّرت ساقه من ضغط الفخّ والبرد، فإنّه وبهدوء سيُمزّق الفرو وينهش العظم ويتخلّص منها.

= وضع ساقٍ على النار. يتوجب علينا الاعتماد على الصور المستعارة في التعبير عما لا يُمكن التعبير عنه. إذا ما تحدّثنا عن ألم «الضغط» فإننا نتخيل سكيناً تشرّط الجلد، بالرغم من أنّ من تعرّضوا لهذا الضغط يصفون شعوراً مختلفاً تماماً: اختراقاً ليس بسريعٍ ولا عنيف، إلا أنّه أشبه ما يكون بضربة تلقّوها إلا أنّ ضغطها لا يزول. (المؤلف).

دودة الأموبيا، منعدمة الدماغ، تستشعر الخطر مُباشرة وترتعش مبتعدة عن الكيماويات القويّة والأضواء الساطعة. الحيوانات «العليا» تُدرك الألم بطريقة غير مُباشرة، يُرسل الجهاز العصبي المركزي ما يُرسله إلى الدماغ المنعزل عن المُثير، وهذا ما يمنحها في المقابل حُريّة تعديل التجربة. منذ قرن مضى، درّب العالم الروسي آيفان بافلوف (Ivan Pavlov) كلباً على تجاوز غرائز الألم الأساسية بمنحه الطعام بعد تعريض إحدى قوائمه للصدمات الكهربائية. بعد عدة أسابيع، وبدلاً من التأوّه وصراع الهروب من الصدمات، كان الكلب يهزّ ذيله متحمّساً، متروّلاً [يسيل لُعابه]، ومتوجّهاً تلقاء طبق الطعام. دماغ الكلب، بطريقة ما، تعلّم إعادة تفسير العكس، [أي] جانب «إنّه يؤلم» من الألم. (لكن لما عرّض الصدمات ذاتها لقائمة أخرى، كانت ردة فعل الكلب عنيفة).

مؤخراً، رونالد ميلزاك (Ronald Melzack) كان قد طبّق تجارب بافلوف على مستوى أعلى. ربّى جِراءً إسكوتلندية، في أقفاص فرديّةٍ مُبطّنة حتى لا تتعرّض لأي ضربات طبيعية أو خربشات جرّاء نموّها. ويا لها من دهشة لمّا [اكتشف] أنّ الكِلاب التي تربّت في هذه البيئة المجرّدة أخفقت في تعلّم الاستجابات الأساسية للألم. إذا ما تعرّضت الجِراء لعود كبريت مُشتعل، فإنّها تستمر في توجيه أنوفها إلى الشعلة والنفخ فيها. حتى إذا ما احترق الجلد، فإنّها لا تُظهر أي علامة للانزعاج. حتى إنّها أخفقت في التجاوب مع وخز قوائمها بالدبّوس. وعلى العكس منها كان أصدقاؤها الأصغر سنّاً، ممن تربّوا تربية طبيعية، كانت تعوي وتهرب عند المواجهة الأولى للعود المشتعل أو الدبّوس. اضطّر ميلزاك إلى إنهاء ذلك القدر الذي نُسميه الألم، بما في ذلك الاستجابة «العاطفية»، بأنّه يُتعلّم، وليس فطريّاً.

القوى الذهنية هي السلطة العُليا في الكائن البشري، وهذا ما يمنحنا القدرة على تحويل الألم تحويلاً جذرياً. القطة التي تدوس على شوكة ستعرج غريزياً، مما يمنح القدم المصابة راحةً وحماية. الإنسان الذي يدوس على مسمارٍ صدئ سيعرج أيضاً، إلا أنّ قوّة عقلية أعظم ستسمح له بالتفكّر تفكّراً واعياً، مفرطاً حتّى، بهذه التجربة. بالإضافة إلى العرج، لربما بحث عن مساعدات أخرى ليتجاوز [ما مرّ به]: مُسكّنات الألم، عكّازات، أو كرسي متحرّك. إذا ما تضخّم القلق المتعلّق بالإصابة وتحوّل إلى الخوف، فإنّ الألم سيتضاعف إلى الحدّ الذي معه يُصبح «مؤلماً» حقاً لذلك الإنسان أكثر مما يُحتمل أنه مؤلم للقطة. لربما أثار قلقه [الإصابة] بالكُزاز (tetanus). إذا ما كان هذا الإنسان؛ كمريضي جاك، لديه خوف متعاظم من الحُقن، لربما أقنع نفسه بحقنة الكُزاز وجازف بألم أكبر بكثير. ومن ناحية الأخرى، إذا ما دُفع له عشرة آلاف دولار ليُسجل أهدافاً في مباريات كأس كرة القدم الوطنية (the National Football League)، فإنّ هذا الأعرج على الأرجح سيُضمّد قدمه ويتجاهل الألم ويذهب رأساً إلى التدريب.

خلال أيام الدراسة، رأيتُ دليلاً دامغاً على أنّه كيف للقوّة العقلية، عبر التنويم المغناطيسي (hypnosis)، التأثير على تجربة الألم. بالرغم من أنّه ليس كل أحدٍ قابلاً للتأثّر بالتنويم المغناطيسي العميق، إلا أنّ اختبارات عتبة الألم أظهرت تأثير هذا التنويم على بعض الناس. يقول فنّي المعمل: «أنا لا أُؤلمك»، وقد لا يُلاحظ المتطوّع تحت تأثير التنويم المغناطيسي العميق الألم من آلة الإشعاع الحراري حتى لو بدأ الجلد بالاحمرار وظهرت نفطة عليه. وعلى العكس من ذلك، إذا ما لامس الباحث جلد المُشارك المنوّم مغناطيسياً بقلم رصاص عادي، قائلاً له: «إن هذه أداة شديدة الحرارة»، فإنّ تلك البقعة ستحمرّ وتنتفخ ولربما ظهرت نفطة فوراً! في كل من هاتين الحالتين يُزيّف الدماغ الاستجابة بناءً

على القوة المطلقة للإيحاء(١). يُمكن استخدام التنويم المغناطيسي على قلّة قليلة من الناس لتقليل التخدير العام. صارت هذه الممارسة مُفضلة على نطاق واسع بعد ظهور مخدّر الإيثير، إلا أنّ العديد من العمليات الجراحية المهمة أُجريت (وبعضها أجري في وقت قريبٍ جداً) دون أي مخدّر سوى الإيحاء المغناطيسي. أثبت التنويم المغناطيسي أنه وتحت ظروف معيّنة بإمكان استجابة الألم في المرحلة الثالثة التغلّب على إشارات الألم ورسائله من المرحلتين الأقل.

سواء فعل ذلك بوعيٍ أو دون وعي، فإنّ الذهن يُحدد إلى حد كبير كيفية إدراكنا الألم. كشفتَ الاختبارات المعملية، [في تجارب] تشبه إلى حدٍّ ما تجارب كلاب ميلزاك، أنّه تختلف لدى الناس تجربة الألم باختلاف البيئات الثقافية التي نشؤوا فيها. اليهود والطليان يُظهرون رد فعل فوري ويتشكّون أكثر بكثير من نظرائهم الشمال أوروبيين، بينما لدى الأيرلنديين قدرة تحمّل أكبر للألم، ويتفوّق عليهم جميعاً الإسكيمويون.

---

(١) الشخص المنوّم مغناطيسياً إذا ما كان مصاباً بحساسيات معروفة لربما لم يُبد ردّ فعلٍ إذا ما لمس ورقة شجر مسمومة إذا ما تم تطمينه بأنّها ورقة شجر الكستناء غير المؤذية، لكن إذا ما قال الباحث: «إنّي ألمسك الآن بورقة شجرٍ مسمومة»، ووضع فوراً ورقة شجر الكستناء، فإنّ المُشارك سيظهر عليه فوراً طفح جلدي بسبب الحساسية!

تختفي الثآليل أحياناً في وقت قصير للغاية بأمرٍ من المنوِّم، وهو مفخرة فيزيولوجية تتضمن إعادة ترتيب ضخمة للخلايا الجلدية والشعيرات الدموية التي لم يستطع الطب توليدها ولا شرحها. لما كنت في كلية الطب، كان لديّ تواصل موسّع مع د. فرويدنثال (Dr. Freudenthal) وهو لاجئ يهودي بسبب النازية صار أستاذاً في جامعة يونيفيرسيتي كوليج. بتخصصه في الثآليل وسرطان الخلايا الصبغية (melanomas) خلُص فرويدنثال إلى أنّ قوة الإحياء أفضل ـ شيئاً قليلاً ـ من أي علاج آخر للثآليل، من الناحية الإحصائية. بتلويحة، كان يُمرر عصاً سوداء عبر لهب أخضر ثم ينقر الثالول ويتحدث بكلمات غريبة بلغةٍ أخرى. قال بهيبة: «وبذلك يسقط الثؤلول خلال ثلاثةِ أسابيعٍ بالضبط». من المذهل أنّ هذا ما يحدث غالباً. هذه الطريقة في «العلاج» كانت مجدية حتى لما جرّبها عُلماء وأطباء آخرون ممن لا يعتقدون بأساليب مامبو جامبو السحرية. إنّ قوّة الإيحاء عمِلت عملها بغض النظر عن شكوكهم وحتى ازدرائهم لأساليب فرويدنثال. (المؤلف).

بعض الاستجابات الثقافية للألم تكاد تكون عقيدةً تتحدّى الألم. المجتمعات في مايكرونوسيا (Micronesia) ووادي الأمازون (Amazon Valley) تُمارس تقليداً خلال الولادة يُسمى كوفاديه (couvade) (من الكلمة الفرنسية التي تعني «الفقس») لا يظهر على الوالدة أي علامة تدل على المعاناة خلال الولادة. لربما تركت العمل ساعتين أو ثلاثاً فقط لتلِد، ثم تعود إلى الحقول. وعلى ما يبدو فإنّ الزوج هو من يحمل الألم: خلال الولادة ولأيامٍ بعدها يستلقي على السرير، يتلوّى ويئنّ. وفي الحقيقة، إذا ما بدا تعبه غير مقنعٍ، فإنّ القرويين سيشككون في أبوّته [للطفل الذي أنجبته الزوجة]. ومن العادات أن تخدم الأم الجديدة زوجها وتجلس إلى جواره لترفّه عن الأقارب الذين يزورونهما لتقديم التهاني والتبريكات للزوج.

وقد حكى رونلاد ميلزاك عن شذوذ ثقافي آخر:

في أفريقيا الشرقية، يخضع الرجال والنساء لعملية جراحية دون أي تخدير ولا عقاقير تسكين الألم، تُسمى «النّقب (trepanation)» حيث تُقصّ فروة الرأس والعضلات تحتها بغرض الكشف عن منطقة كبيرة من الجمجمة. ثم يحكّها الدوكتاري (doktari) بينما يجلس الرجل أو المرأة بهدوء، دون انتفاض أو تقطيب، حاملاً إناءً تحت الذقن لتلقّي الدم المُسال. الأفلام الموثّقة لهذه العملية أعجب من أن تُشاهد بسبب شعور الإنزعاج الذي تُثيره لدى المُشاهد، وهو الشعور المعاكس تماماً لما يظهر على من يخضع لهذه العملية حيث ينعدم الشعور الظاهر بالانزعاج. لا يوجد سبب يدفعنا للتصديق أن هؤلاء الناس مختلفون جسديّاً بأي حال. بل على الأحرى أنّ هذه العملية مقبولة في ثقافتهم كإجراء يُفضي إلى التخلص من الألم المُزمن.

هل احترف الأفارقة الشرقيون فن الجراحة دون تخدير؟ أيّهما ألمه «حقيقي» أكثر، الأمّ الحامل في أوروبا أم الوالد المُمارس لكوفاديه في

مايكرونيسيا؟ كلا المثالين يُقدمان القوى الخفيّة للعقل البشري في تفسيره للألم واستجابته.

أحاجي الألم

إذا ما كان لديّ شكوك فيما يتعلّق بقدرة الذهن على تعديل رسائل الألم والتغلّب عليها، فإنّ ثلاثة حوادث ـ اثنان منها حدثا خلال أيامي في الهند، والثالث في كلية الطب في لندن ـ بدّدتها.

عملية بضع الفصّ (Lobotomy)

في عام ١٩٤٦م، بينما كنت أعمل على استكمال سنة التخصص في الطب، اكتشف طبيب نفس وأعصاب (neuropsychiatrist) أمريكي واسمه والتير فريمان (Walter Freeman) طريقة مبسّطة لإجراء عملية بضع الفص قبل الجبهي (prefrontal lobotomy)، وهي عملية جراحية تُجرى على الدماغ وأوّل من أجراها الأطباء الطليان منذ عقدٍ قد خلا. الفصوص الجبهية الكبيرة في البشر تتضمن التفكير التأملي والتفسير. تُظهر القشرة الدماغية استجابةً واضحة للألم، إلا أنّ الفصوص الجبهية بإمكانها تعديل تلك الاستجابة، وهي العملية التي تتأثر تأثراً كبيراً بعملية بضع الفص قبل الجبهي.

بعد التجريب على جثّة، اختار فريمان مريضه الأوّل وهو امرأة مصابة بالانفصام (schizophrenia). استخدم المعالجة بالتخليج الكهربائي (Electroconvulsive therapy) وذلك لتدويخ المريضة لبضع دقائق واستخدم أداة تكسير الثلج (ice pick) كأداته الجراحية، حيث يظهر اسم الشركة المصنّعة «يولاين آي كومباني (Uline Ice Company)» جليّاً على مقبضها. سحب للخلف جفن عينها اليُمنى، وأزلق الأداة فوق مقلتها. واجه بعض المقاومة في الصفيحة الحجاجية (orbital plate)، مضى إلى الداخل بطرق الأداة بمطرقة صغيرة. ما إن وصل الدماغ، حتى حرّك الأداة ذهاباً وإياباً،

نازعاً المسارات العصبية التي تقع ما بين الفص الجبهي وبقية الدماغ.

استيقظت المرأة بعد بضع دقائق، وبدا إنّها راضية للغاية بالنتيجة حتى أنّها عادت بعد أسبوع لتخضع لنفس المعالجة عن طريق محجر العين الأخرى. كتب فريمان لابنه، بإيجاز: «أجريت العملية لمريضين في كلتا الجهتين، كما أجريتها لمريضٍ في جهة واحدة ولم تظهر أي مضاعفات، عدا رضّة شديدة في حالة واحدة. لربما ظهرت مشكلات لاحقاً إلا أنّها بدت يسيرة للغاية، على الرغم من أنّه شيء بشعةٌ رؤيته».

اكتسب فريمان شُهرة واسعة للغاية في خمسينات وستينات القرن العشرين، حيث ألقى محاضراتٍ على نطاق واسع وأجرى عمليات بضع الفص لمجموعات من الأطباء النفسيين وأطباء علم الأعصاب. كان يتفاخر بأنّ تلك العملية ساعدت في شفاء الفصام، والاكتئاب، والانتكاسة الإجرامية (criminal recidivism)، والألم المُزمن. بطريقة الرجل الاستعراضي، كان يُدخل فريمان يده أحياناً في جيبه ويسحب مطرقة نجّار عادية. استطاع أن يُقلّص زمن العملية حتى صار سبع دقائق، وأجرى مرّة «عملية بضع فصّ عاجلة» لمجرمٍ جامح كان قد ثبته رجال الشرطة إلى أرضية غرفة فندق. تردت سمعة العمليات الجراحية النفسية (Psychosurgery) بعدما وصلت العقاقير الفعّالة الأسواق (فريمان ـ ملدوغاً بالعداء المتزايد ضد أسلوبه ـ صنّف طريقة المعالجة الجديدة مزدرياً إيّاها تحت اسم «عمليات بضع الفصّ الكيميائية»).

يشحب لوني الآن إذا ما قرأت أخبار العمليات الجراحية النفسية المبكّرة، الحقل الذي ازدهر لما بدأت دراسة الطب. لدي تواصل محدود مع من خضع لعمليات بضع الفصّ، إلا أنّه خلال مُكثي في الهند رأيت فعلاً مريضاً يُمثل دليلاً دامغاً على تأثير عملية بضع الفص على الألم. امرأة بريطانية من مومباي تتبعت لسنوات طويلة ما يُخلّصها من آلام مهبلية مستعصية. شعرت بالآلام بداية خلال الجِماع، مما أفضى إلى مشكلات

في زواجها، وبمرور الوقت صار الألم متواصلاً لا ينقطع. جرّبت كل مسكن ألم متوافر، حتى إنّها خضعت لعملية لبتر الأعصاب، إلا أنّه ما من شيءٍ من ذلك حسّن حالتها. بيأسٍ وقنوط، جاءت مع زوجها إلى مستشفى فيلور، وقالت: «ليس لديّ أصدقاء، وزواجي ينهار. من فضلك، هل يمكنك مساعدتي؟»

طوّر جرّاح أعصاب في طاقمنا أسلوباً لعملية بضع الفصّ بحيث يدخل إلى الدماغ بالقدر الذي يُقلل أثر إفقاد المريض المشاعر الإنسانية إلا أنّه يُساعد أحياناً في حل المشكلات النفسية والألم المزمن. كان يُحدث ثُقوباً في جهتي الجمجمة، ويُدخل سلكاً عبرهما، ثم، كما لو كان يقص شريحة جبن، كان يستخدم السلك لقطع المسارات العصبية وفصل جزء من الفصوص الجبهية عن بقية الدماغ. شرح المخاطر للمرأة، التي وافقت فوراً على العملية. كانت مستعدةً لتجربة أي شيء.

كانت عملية بضع الفصّ ناجحة بكافة المقاييس. خرجت المرأة من العملية وقد تخلّصت تماماً من المعاناة التي سيطرت عليها لعقد. لم يجد الزوج أيّ اختلافٍ في قدرتها العقلية، والتغييرات البسيطة كانت في شخصيتها. توقف الألم عن كونه عاملاً في حياتهما معاً.

بعد سنة أو أكثر زرت هذين الزوجين في مومباي. كان يتحدّث الزوج بحماسٍ عن عملية بضع الفص، والمرأة بدت هادئة وراضية. لما سألت عن الألم أجابت: «أوه، نعم، ما زال هناك ألم. إلا أنّي لم أعد أعبأ به»، ابتسمت ابتسامةً حلوة وضحكت لنفسها، [وتابعت]: «في الحقيقة، ما زال مبرّحاً، إلا أني لا أهتم».

بُهتُّ آنذاك لسماع كلمات عن ألم مبرّح من شخصٍ يتصرّف بهذا الهدوء: لا تقطيب ولا أنين، إنما ابتسامة لطيفة. خلال قراءتي عن عمليات بضع الفصّ، وجدت أنّ ما ظهر عليها كان سلوكاً عادياً للغاية. سجّل المرضى شعوراً «بألمٍ بسيط دون الألم الكبير»، لم يعد الدماغ الذي

خضع لعملية بضع الفصّ يُصنف الألم على أنّه أولوية قصوى في الحياة ولا يستدعي ردّ فعلٍ مكرهاً وقويّاً.

يندر أن يطلب المرضى الخاضعون لجراحة بضع الفصّ التطبيب. وفقاً لما قاله لي جرّاح أعصاب ألماني أجرى العديد من عمليات بضع الفص قبل الجبهي: «تُنهي العملية كل المعاناة المتعلّقة بالألم». المرحلتان الأولى والثانية للألم، مرحلتا الإشارة والرسالة، تمرّان دون اعتراض. إلا أنّ التغيير الجوهري يحصل في المرحلة الثالثة، حيث يستجيب الدماغ، ويحوّل طبيعة التجربة ككل».

بلاسيبو (Placebo)[1]

البلاسيبوهات (Placebos) (كلمة لاتينية تعني: «سأُرضي I shall please») حازت على احترام المؤسسة الطبيّة الضنين؛ ذلك أنّها وببساطة تعمل عملاً جيّداً [في المرضى]. لم تكن أكثر من حبوب سكّر أو محاليل ملحيّة، إلا أنّها أثبتت فاعليتها الكبيرة في تسكين الألم. سجّل ما يقارب ٣٥٪ من مرضى السرطان أنّ الألم خفّ بشكل كبير بعد المعالجة بالبلاسيبو، ما يقارب نصف هذا العدد تخلص من المورفين.

البلاسيبو في جوهره، تقريباً، يُعمل سحره على مستوى استجابة الذهن في تحكمه بالألم. ابتلاع كبسولة من السكر لا يؤثر إطلاقاً على العصبونات في الأطراف أو النخاع الشوكي. كما أنّ البلاسيبوهات التي توضع في حليب المريض أو طعامه دون علمه لن يكون لها تأثير أيضاً. ما يهم هنا هو قوّة الإيحاء واعتقاد المريض اليقِظ بمميزات البلاسيبو الاستشفائية.

أشارت اختبارات أُجريت مؤخراً أنّ البلاسيبوهات لربما حفّزت

---

(١) بلاسيبو (Placebo): أدوية مكونة من السكر أو محلوله تُوهِم من يتناولها بأنها أدوية أو محاليل ذات تأثير عظيم، وتعطى للأشخاص المتوهمين أمراضهم. (المترجمة).

إطلاق هرمونات الإندروفين المسكّنة للألم، وهو مثال على «اعتقاد» الدماغ الأعلى بالعلاج وترجمته ذلك إلى تغيرات فيزيولوجيّة فعلية. تعمل البلاسيبوهات أفضل ما تعمل إذا ما وثق المريض ثقة تامّة بفاعليتها. في إحدى التجارب، زعم ٣٠٪ من مرضى السرطان التشافي بعد تناول حبّة بلاسيبو، وزعم ذلك ٤٠٪ من المرضى بعد تلقيهم حقنة بلاسيبو في العضل، و٥٠٪ زعموا الأمر ذاته بعد تلقّي قطرة بلاسيبو وريدية! حتى إنّه تولّد لدى بعض المرضى إدمانٌ على البلاسيبوهات، ويمرّون بالأعراض الانسحابية إذا ما انتهت فترة العلاج.

لما كنت في كلية الطب، كان الأطباء يُجرون اختباراً غريباً ـ لا يبدو أنّه سيُعاد ـ الذي يفترض أنّ تمثيل إجراء عملية قد يكون له في حدّ ذاته تأثير بلاسيبوي. في عام ١٩٣٩، عرف جرّاح إيطالي أنّ الذبحة الصدرية (angina pectoris)، حيث ألمها في القلب، يُمكن تقليلها بتثبيت، أو وصل، الشرايين الصدرية الغائرة (internal mammary artery)، لإمداد القلب بمزيد من الدم على الغالب. يشعر المرضى بعد هذه العملية بتحسّن، ويقل تناولهم لحبوب النيتروغليسرين (nitroglycerine)، وللمرة الأولى يؤدون تمارين دون ألم. انتشر الخبر، وسرعان ما مارس الجرّاحون حول العالم الأسلوب نفسه مؤكدين النتائج الأولية ذاتها.

خلال ذلك بدأ المبتكرون الطليان بالتفكير فيما إذا كان معدّل النجاح لا يُمثل إلا تأثير بلاسيبو فقط[1]. وظّفوا مجموعة من المرضى

---

(١) بالنظر إلى تاريخ الطب في الكمادات السحرية، وإراقة الدم، والحمامات الثلجية، وأساليب «التشافي» الأخرى، ينبغي أن نكون ممتنين إلى أنّ تأثير بلاسيبو، على الأقل، عمل لصالح الأطباء. د. فرانز آنتون ميسمير (Dr. Franz Anton Mesmer) (الذي منحنا الكلمة الساخرة الساحر mesmerize) كان «يشفي» المرضى بنظرياته المتعلّقة بمغناطيسية الحيوانات. ملوك إنجلترا وفرنسا عالجوا المصابين بفرط الحساسية لكل شيء (scrufulous patients) باللمسة الملكية لسبع مئة عام. أيّد طبيبان فرنسيّان من أطباء القرن الثامن عشر الأساليب المتناقضة في العلاج. كان د. ريموند (Dr. Raymond) في مستشفى سالباتغيبه =

للمشاركة في دراسة، في حال طُرحت فكرة إجرائها اليوم، فإن ذلك سينجم عنه قضايا أخلاقية خطيرة. خضع نصف المرضى لعمليات جراحية في الشرايين الصدرية الغائرة حيث كُشفت الشرايين وتم وصلها، بينما تم كشف شرايين النصف الآخر دون وصلها. بكلمات أخرى، نصف المرضى خضع للتخدير العام بغرض فتح صدورهم ثم خياطتها مباشرة! من المدهش أن كلتا المجموعتين أظهرتا تحسناً متقارباً بعد العملية: اختفى الألم، وقل تناولهم الحبوب، وتمرّنوا أكثر. خلُص الطليان إلى أنّ تمثيل العملية ذو أثر بلاسيبوي على مرضاهم.

تعلّم العاملون الصحيون قبول التأثير البلاسيبوي، كما نستخدمه أحياناً لصالحنا، إلا أنّي أعترف أنه كلما رأيت تأثير بلاسيبو عن قرب، فإنّه لا ينقضي عجبي من دهاء العقل البشري الذي يُبدع التشافي من صفقة ما بين الثقة والخداع.

في الهند كانت طبيبتنا المسؤولة عن التأهيل، ماري فيرغيس (Mary Verghese)، تسعى بدأب لمواكبة حديث التقنيات. تجادلنا مرة حول الحكمة من الاستثمار في آلة الموجات فوق الصوتية. لم يسبق أن استخدمت الموجات فوق الصوتية، التي يُراهن عليها في النشر العلمي الطبي وفي الإعلانات بأنها طريقة معالجة ثورية لتقليل ندوب الأنسجة

= (Salpêtrière) في باريس يقلب مرضاه رأساً على عقب ليسمح بتدفق الدم إلى رؤوسهم من أقدامهم. د. هاوشالتير (Dr. Haushalter) في مستشفى نانسي (Nancey) كان يرفع رؤوس مرضاه للأعلى. وكانت نتائجهما كالتالي: نسبة المرضى ذاتها أظهرت تحسناً. علّق نورمان كوزنس (Norman Cousins): «لا بد أنّ العديد من علماء الطب يعتقدون أنّ تاريخ الطب هو فعلياً تاريخ التأثير البلاسيبوي. سير ويليام أوسلور (Sir William Osler) أكّد على هذه النقطة بملاحظة أنّ الفصيلة البشرية تختلف عن الفصائل الأدنى برغبتها في تناول الدواء. بالنظر إلى طبيعة الدجل الذي تمّ تعاطيه لسنوات، فإنّ من المحتمل أن تظهر خصيصة مُميِّزة أخرى لهذه الفصيلة ألا وهي قدرته على البقاء على قيد الحياة دون علاج [طبي]». (المؤلف).

والتخلّص من تيبّس الغضاريف. أرادت ماري طلب الجهاز حالاً، وظللت مُتشككاً.

انتصرت ماري في نهاية الأمر، وما لبثنا حتى صار أوّل جهاز للموجات فوق الصوتية في الهند بأسرها يُطنطن في قسمها. أحدث الجهاز فورة من الحماس. وافقت ماري، وجانب من ذلك لتطميني، على الإشراف على اختبار على مئة مريض ممن أصيب بتيبّس غضاريف أصابع اليد. تلقى جميعهم المعالجة الفيزيائية والمساج ذاتيهما، إلا أنّا استخدمنا مع نصفهم فقط جهاز الموجات فوق الصوتية. تمّ تسجيل الحركة الأولية عندهم حتى نستطيع مقارنة النتائج الموضوعية. كان يُؤكد فريق ماري للمعالجين الفيزيائيين أنّهم يُقدمون المستوى ذاته من الاهتمام والتحفيز لمجموعة الموجات الصوتية والمجموعة الضابطة على حدٍّ سواء.

لما حان موعد التقييمات أخيراً، كان عليّ ابتلاع ارتيابي. أظهرت المخططات وبوضوح أنّ المعالجة بالموجات فوق الصوتية عملت كما قيل عنها. تحسّن المرضى لا يُمكن إنكاره.

بعد بضعة أسابيع، زارنا مُمثل من الشركة التي باعتنا الآلة ليرى ما إذا كانت تعمل جيّداً. استمع إلى تقاريرنا بغبطة وناقش مسألة مشاركتنا نتائجنا مع المستشفيات الأخرى. شغّل الآلة، فطنطنت، ثم أمسك بكوب من الماء تحت رأس قضيب الآلة. ظلّ سطح الماء مستقراً، وظهرت نظرة الحيرة على وجهه. فتح ظهر الآلة، وأدخل رأسه فيها، وصرخ: «يا أنتم! لم تعملوا أبداً على هذه الآلة! لما شحنّاها لكم، لم نوصّل رأس الموجات الصوتية؛ لأنه قد يتحطّم. وما زال غير موصّل».

ماري فيرغيس، حيث التقطت تبعات ذلك سريعاً، سألت مغتمّةً: «لكن ما الذي يجعلها تطن؟»

قال التقني: «أوه! إنّه صوت مروحة التبريد. صدقيني، لم تتلقوا أيّ موجات فوق صوتية أبداً».

كانت معجزة الشفاء التي حصلت معنا إحدى أغلى أمثلة تأثير بلاسيبوي. بطريقة ما، نقل معالجونا، بحماسهم مع الآلة الجديدة، حماسهم وآمالهم لأجساد المرضى التي ترجمت ذلك إلى تحسّن حقيقي.

العضو الوهمي (Phantom Limb)

يمرّ معظم مبتوري الأعضاء بشعور عابر لمرة واحدة على الأقل بوجود عضو وهمي. في مكان ما، محبوساً داخل أدمغتهم العُليا، لا تزال اليد المفقودة أو الساق في الذاكرة الحيّة. لربما بدا أنّ العضو يتحرك، أصابع القدم غير المرئية تتلوى، اليد الخيالية تلتقط الأشياء، و«ساق» تبدو صلبة للغاية بحيث يزحف المريض خارج سريره متوقعاً أن يقف عليها. الاستشعارات تختلف: الشعور بالدبابيس والإبر، وعي مزعج بالحرارة أو البرودة، ألم الأظافر الوهمية التي تنغرس في راحات الكفوف الوهمية، أو على الأرجح مجرد شعور متواصل بأنّ العضو لا يزال «هنا».

عادة ما تتراجع هذه الأعراض مع مرور الزمن. تختفي تلك الاستشعارات أحياناً اختفاءً جزئيّاً فقط وعليه لا يزال الدماغ يحتفظ بمُدرَكِ ليدٍ ـ وليس الذراع ـ تتدلى من نتوء الكتف. هناك قلّة قليلة تعيسة تمرّ بشعور العضو الوهمي مع ألم طويل المدى، ألم لا يُشبهه شيء. يشعرون ببراغي مُثبتة في أصابعهم الوهمية، وأمواس تُمرر على أذرعتهم الوهمية، ومسامير تخترق أقدامهم الوهمية. لا شيء يجعل الطبيب يشعر بعجزٍ تام كألم العضو الوهمي، ذلك أنّ جزءاً من جسد المريض الذي يصرخ ليجذب الانتباه غير موجود. ماذا هناك ليُعالج؟

شهِدت على حادثة غريبة بألم عضو وهمي فظيع خلال أيام دراستي في جامعة يونيفيرستي كوليج. إداري الكلية، السيد بريس (Mr. Bryce)، كان يُعاني من مرض بورغر، حيث احتبس جريان الدم في إحدى قدميه. بينما كانت تسوء حالة الدورة الدموية، كان يشعر بألم متواصل لا يهدأ في تلك القدم. أسهم التدخين في إصابته بالجلطة، وفي حالة السيد بريس

كانت سيجارة واحدة كفيلة بأن تتسبب بانقباض الأوعية يسبب ألماً مُمضّاً.

د. غودير (Dr. Godder)، جرّاح بريس، كان قد نفد صبره. بريس، الرجل المتعنّت، كان يرفض بعناد كل فكرة متعلّقة بالبتر، وكان غودير يُكافح في سبيل إبعاد مريضه عن الاعتماد الزائد على أدوية الألم (في ذلك الوقت، لم يكن هناك أي أساليب زراعية لإعادة إمداد الدم إلى الساق).

كان بريس يتذمّر من ساقه بقوله: «إني أكرهها! أكرهها!» بعد عدة شهور من هذا التحدّي، استسلم بريس أخيراً. قال متحفّظاً بصوته الأجش: «اخلعها، غودير، اخلعها. لا أستطيع تحملها بعد الآن. لقد انتهيت من أمر تلك الساق». ليُحدد غودير موعد العملية فوراً.

وصل د. غودير طلب غريب من بريس في الليلة التي تسبق يوم العملية الجراحية، حيث قال: «لا تُرسل هذا العضو إلى المِرمَدة. أريدك أن تحفظها في وعاء تخليل لأضعها على رفّ موقدي، حتى إذا ما جلست على كرسيّي ذي الذراع في ذلك المساء، سخرتُ من تلك الساق [بقولي]: «هاع! لن تستطيعي إيلامي بعد الآن!»، تم تحقيق أمنية بريس، وما إن غادر المستشفى بالكرسي المتحرّك، غادرت معه قنينة متحف كبيرة.

إلا أنّ الساق الخسيسة كانت آخر من ضحك. عانى بريس من ألم العضو الوهمي في أعلى مستوياته. التأم الجرح، إلا أنّ الساق لا تزال تعيش في ذهنه، تؤلمه كما كانت كذلك دائماً. كان يشعر بربلة الساق أنها تتعرض لتشنّجات إقفاريّة، وليس لديه الآن أي بادرة للتعافي.

أوضح لنا د. غودير نحن الطلبة أنّ تلك الساق، التي كان من المفترض بترها منذ عامين، كان قد شكّلت وجوداً مستقلّاً في ذهن بريس الملتاع. حتى المولودين دون أعضاء لربما كانت لديهم صورة شعورية للعضو في الذهن، ولربما تعرّضوا لألم وهمي. كان لدى بريس صورة

شعورية ثريّة ومتطوّرة عززتها التغذية الراجعة من الأعصاب المبتورة في النتوء. كرِه تلك الساق كرهاً أعمى حتى إنّ ذلك الألم، الذي بدأ كإشارة تنبيه من ذلك الطرف، كان قد شكّل نسقاً دائماً في دماغه. يوجد الألم في المرحلة الثالثة فقط، في ذهنه، إلا أن ذلك كان كافياً ليكون موجعاً. بالرغم من أنه استطاع تأمّل تلك الساق على رف المدفأة بحنق، إلا أنّها تنظر إليه شزراً داخل جمجمته.

تفكيك العالم

ألم العضو الوهمي علّمني درساً لا يُنسى حول الألم: أن الجسد البشري يقدّره تقديراً كبيراً. منذ سنوات قد خلت، استخدم والتير كانون (Walter Cannon) الكلمة الرائعة «الاتزان (homeostasis)» ليصف توجّه الجسم القوي في إعادة الأمر إلى مكانها. اخط خطوة من حمام البخار إلى حديقة مغطاة بالثلج في ألاسكا وستجد جسمك يستبسل في إبقاء حرارتك ثابتة. يُصحح الجسم تلقائيّاً اختلالات السوائل والأملاح، ويُنظم الحرارة وضغط الدم، ويُراقب الإفرازات الطبيعية، ويتحرّك لإصلاح نفسه. بالعمل معاً مجتمعاً واحداً، تسعى خلايا الجسم إلى أفضل الأحوال لصالح الجميع.

تُمثل متلازمة العضو الوهمي نوعاً من التوازن للألم. ستتطاول الأعصاب المبتورة في موقع البتر محاولةً الاتصال بطرف محورها، ولكونها غير قادرة على إيجاده، فإنّها تُشكل عُقداً من الغُصينات العصبية المجوّفة (على الجراحين غالباً العودة إلى موقع البتر وقص هذه الأورام العصبية). إذا ما أخفقت في ذلك، فإنّ النخاع الشوكي قد يُزيّف رسائل حسية بنفسه. فإذا ما أخفق في ذلك أيضاً، فإنّ الدماغ يسعى لإحياء نسق الذكريات المتعلّق بالعضو المفقود كما فعله جليّاً للسيد بريس. في مثل هذه الحالات، يبدو أنّ شبكة الألم غالباً ما تتخذ شكل حياةٍ بحدّ ذاتها، بحيث تسعى سعياً شديداً - أو - قوياً لإيجاد مساراتٍ جديدة لإعادة الألم.

غالباً ما كنت أفكر في تناقضات الألم التي كان يُمثلها السيد بريس التعيس. من جهة، كان الألم في ساقه يمتد طويلاً ليبقى حيّاً: الأعصاب، النخاع الشوكي، وكان الدماغ يتآمر مع الألم ليُحيي إشارات الألم المُخرسة. وفي الوقت نفسه، كان السيد برس بنفسه يُحاول بلا جدوى تسكين هذه الإشارات المتعاقبة. كان ذهنه وجسده يخوضان حرباً أهلية، النسخة المسرحية من صراعنا جميعاً مع الألم. نشعر بالألم مُلحاً، ونريد إيقاف الشعور به قبل أي شيء آخر. ونختلف [في ذلك]. أوضح حقيقة حول الألم تُثير تساؤلاً مهماً: لم يتوجب على الألم أن يكون بغيضاً للغاية حدّ أنّه يُقيم حرباً أهلية ساحتها الجسم؟

يتمتّع الكائن البشري بنظام انعكاسي كفء يُجبره على سحب اليد إذا ما كان هناك شيء حادّ أو ساخن حتى قبل أن تصل الرسائل العصبية الدماغ[1]. لماذا إذن، يجب أن يتضمن الألم سُمّية الكدر؟ مشروعي «الألم البديل» أجاب عن هذا السؤال على مستوى واحد: يُمدّ الألم بالإكراه بغرض الاستجابة للتحذيرات ضد المخاطر. لكن ألا يُمكن أن يكون التعامل مع مثل هذه التحذيرات بكونها انعكاساً دون أن يتضمن ذلك العقل الواعي؟ بصيغة أخرى، لِمَ هناك حاجة للمرحلة الثالثة من الألم أصلاً؟

الحائز على جائزة نوبل سير جون إيكليس (Sir John Eccles) اعتنى بهذه المسألة، حتى إنّه أجرى تجارب على حيواناتٍ منزوعةٍ أدمغتها ليرى استجابتها للألم. وجد أن الحيوان منعدم الدماغ ما زال يسحب قدمه عن المحلول الأسيدي وأنّ الكلب منزوع الدماغ ما يزال يهرش جلده من

(١) الدماغ الأعلى في الوقاع يُمارس حيلة إدراكية. إذا ما لمستُ إبريقاً على الفرن بيدي فإني سأسحبها فوراً، سيبدو وكأني أُبدي ردّ فعلٍ واعٍ تجاه الحرارة. إلا أنّ تمثيل سحب يدي ما كان فعلياً إلا استجابة انعكاسية نظّمها النخاع الشوكي، الذي لم يستشر أصلاً العقل الواعي حول المسار المناسب للفعل، لا وقت لنتأخر. يستغرق وعيي نصف ثانية كاملة ليُصنّف رسالة الألم ويُفسّرها، بينما رتّب النخاع الشوكي الانعكاس في عُشر الثانية. دماغي «دعّم» إدراكي بالانعكاس وهذا ما بدا، أن اخترتُ بوعي. (المؤلف).

قرصات الحشرات. بعد الدراسة المكثّفة خلُص إيكليس إلى أنّه وبالرغم من أنّ النظام الانعكاسي يُقدّم فعلاً طبقة من الحماية، فإنّ الدماغ الأعلى يدخل في ذلك لسببين: الأول، أنّ الشعور بالألم يُجبر المخلوق بأكمله على أن يتكتّل في مواجهة الخطر. ما إن أُدرك قطعاً في إصبعي، فإني أنسى كل ما يتعلّق بجدولي المزدحم وطابور المرضى الطويل في الخارج وأجري بحثاً عن ضمادة. يتجاهل الألم، ويُخادع حتّى، كل الأولويات الأخرى.

أذهلني أنّ «بِت» مُشفراً من البيانات في الدماغ يُمكنه أن يبثّ ذلك الشعور بالإكراه. أدنى شيء ـ كشعرةٍ دخلت القصبة الهوائية، أو قذًى في العين ـ يُمكن أن يستنفر وعي الكائن البشري بأكمله. شاعرة قديرة تسلمت للتوّ جائزة أدبية وعادت إلى مقعدها، انحنت بلباقة تقديراً لمن صفّق لها، تُرتّب تنورتها بلطف، تنحني لتجلس، ثم وفجأة تصرخ بولولة. كانت قد جلست على الحافة الخشنة للكرسي ودماغها، ساخراً بكل ما يتعلّق بالكياسة، انتبه فقط لإشارات الضغط التي انبعثت من الطبقة الرقيقة لخلفيتها. المغني الأوبيرالي الذي تعتمد مهنته على الاستقبال الحرِج لأداء ذلك المساء يهرع من المسرح طلباً لكأس ماء ليُسكّن الوخز في حنجرته. لاعب كرة المضرب يتلوى على الأرض أمام جمهور قوامه ٢٠ مليون مشاهد خلف التلفزيون: لا يعبأ نظام الألم أبداً بتفاهات اللباقة والخزي. بانضمام الدماغ الأعلى فوراً، تُسيطر الاستجابة المتعلقة بالوقاية الذاتية على المشهد.

الميزة الثانية لانخراط الدماغ الأعلى، كما يقول إيكليس، هي أنّ ذلك الكدر يُحدث حروقاً في الذاكرة، وذلك لحمايتنا مستقبلاً. إذا ما أحرقت نفسي بإمساك إبريقٍ حارٍّ، فإني سأقرر أنّه من الآن وصاعداً سأستخدم قفازاً أو واقي حرارة. الكدر الشديد المتعلق بالألم ـ الجزء الذي نمقته ـ يجعل منه فعّالاً بمرور الوقت.

الألم متفرّد من بين الاستشعارات الأخرى. تميل الحواس الأخرى إلى الاعتياد، أو الانخفاض بمرور الوقت: روائح الجبن القوية تتبدد فعلياً

بعد ثماني دقائق؛ تعتاد سريعاً مستشعرات لمس القماش الحرش، الأستاذ الجامعي الذاهل يبحث سُدًى عن نظارته، ولا يعود يشعر بثقلها على رأسه. وعلى العكس من ذلك، لا يُمكن أن تعتاد مستشعرات الألم، إلا أنّها تتواصل باستمرار مع العقل الواعي ما دام الخطر هناك. الرصاصة التي تخترق [الجسد] في ثانية وتظل هناك، سيظل ألمها لعامٍ أو أكثر.

ومن الغرابة أنّ هذا الاستشعار الذي يفوق البقية يصعب تذكره ما إن يتلاشى. كم من امرأةٍ أقسمت بعد ولادة متعسّرة بقولها: «لن أفعل ذلك أبداً مرة أخرى»؟، كم من النساء تتلقى خبر حملها مرة أخرى بفرح؟ أستطيع إغلاق عينيّ واستحضار جُملةٍ من المشاهد والوجوه من الماضي. بجهد ذهني عسير أستطيع تقريباً استحضار رائحة قرية هندية أو طعم الدجاج بالكاري. أستطيع استحضار تشكيلات مألوفة من التهويدات والسيمفونيات والأغاني الشعبية. إلا أنّه يصعب عليّ استحضار ألم مبرّح. آلام المرارة، التأوّه من انزلاق قرصي (ruptured disc)، اصطدام طائرة، كل ذكرياتي يُسيطر عليها الكدر.

كل هذه الصفات للألم تخدم نهايته المطلقة: تغليف الجسم بأكمله. يحشد الألم الزمن في اللحظة الراهنة. لا حاجة لأن يطول أمد الشعور ما إن يمرّ الخطر، ولن يجرؤ على التعوّد خلال وجود الخطر. ما يهم نظام الألم أن تشعر بالأسى للحدّ الذي يدفعك إلى أن توقف ما تفعله وتُعير انتباهك الآن.

باستعارة كلمات إليان سكاري (Elaine Scarry) فإنّ الألم «يُفكك عالم الإنسان». حاول إجراء محادثة عادية مع امرأةٍ في مراحل حملها الأخيرة، كما تقول. بإمكان الألم تجاوز قيمنا التي تؤمن بها أشد من غيرها، الحقيقة التي يعرفها الجلّادون جيداً جدّاً: يستخدمون الألم الجسدي لاستنطاق الشخص بالمعلومات التي كان يحتفظ بها غاليةً وحتى مقدّسة في اللحظة السابقة [للتعذيب]. قلّة تستطيع التفوق على إلحاح الألم الجسدي، وهذه هي غايته، تحديداً.

١٥
نسج المظلّة

«الذهن هو صانع مصيره، يمكنه أن يجعل من الجحيم جنةً، ومن الجنة جحيماً»

جون ميلتون (John Milton)، الفردوس المفقود (Paradise Lost)

إذا ما كان بيدي قوّة الحدّ من الألم الجسدي في العالم، لما مارستها. أثبت لي عملي مع المرضى المحرومين من الألم أنّ الألم يحمينا من تدمير أنفسنا. إلا أنّي أعرف أيضاً أن الألم بحد ذاته بإمكانه أن يُدمّر، كما ستكشف عنه زيارة لي لمركز للألم المُزمن. الألم الطليق يُوهن القوى الجسدية ويستنزف الطاقة الذهنية، ولربما سيطر على حياة الإنسان بكاملها. في نقطةٍ ما بين الطرفين، حيث انعدام الألم والألم المُزمن المطّرد، يقضي أغلبنا أيامه فيها.

الأمر الجيّد في المرحلة الثالثة من الألم، الاستجابة الذهنية، أنها تُتيح لنا أن نستعد للألم مبكّراً. التنويم المغناطيسي وتأثير البلاسيبو أثبتا أن للذهن سلطته في التحكّم بالألم. كل ما نحتاجه هو طرق أبواب هذه الموارد. الاستجابات المختلفة التي رأيتها بوصفي طبيباً ـ بعض المرضى يواجه الألم ببسالة، بينما يواجهه بعضهم بتجلّد، والآخر يخنع بذُلّ مُرعب ـ قد أظهرت لي فوائد اتخاذ الاستعدادات المناسبة.

يُعجبني مفهوم «ضمانة الألم»: بإمكاننا أن ندفع أقساطاً مسبقاً، قبل فترة طويلة من ضرب الألم ضربته. كما قال طبيبٌ في السلسلة التلفزيونية لبيل مويرس (Bill Moyers) هيلينغ آند ذا مايند (الاستشفاء والذهن Healing and the Mind): «لا تُريد أن تبدأ بنسج قماش مظلتك إذا ما قاربت على القفز من الطائرة. تُريد أن تكون قد نسجته خلال النهار، وفي المساء، وليلاً، يوماً بعد يوم. ثم إذا ما احتجتها، لربما حملتك فعليّاً». أسوأ وقت للتفكير في الألم، في الواقع، هو إذا ما شعرت ببطشه، ذلك أنّ الألم يهدّ الموضوعية. كنتُ قد أعددت أغلب استعداداتي للألم لما كنتُ سليماً، والبصائر التي اكتسبتها ساعدت في إعدادي للفخاخ اللاحقة.

كان قد مرّ زمنٌ على بدئي معالجة مرضى الجُذام في الهند لما أدركت قيمة نعمة الألم، وحاولت بعدها أن أحمل ذلك المعنى لأطفالي الستة. كنتُ أتساءل: هل من المُمكن تدريس تقدير الألم للطفل؟ بعد عدة محاولات فاشلة خلُصت إلى أنّ صراخ الطفل بعمر خمسة أعوام مذعوراً عند رؤيته لدمه ليس مستقبلاً لمثل تلك الرسالة. بدا أنّ أطفالي منفتحون أكثر بكثير لموضوع الدرس إذا ما كُنت ضحيةً لقطع أو خدش.

لربما سأل الأطفال: «هل يؤلم يا أبي؟» خلال غسلي لقطع في يدي وفركه بالصابون. كنتُ أشرح أن نعم، يؤلم، إلا أنّه كان شيئاً جيّداً. تجعلني الشفقة أُولي الأمر عنايةً أكبر. لربما تركت أعمال الزراعة في الحديقة لبضعة أيّام ريثما تستريح يدي المصابة. الألم، أُشيد بذلك، يمنحني ميزة تفوق ما لدى أصدقائنا مثل نامو وسادان وبقية مرضى الجُذام. يميل جرحي للتشافي أسرع، وبأقل المضاعفات الخطرة، ذلك أنّي أشعر بالألم.

إذا ما كنت أطلب من أطفالي الناضجين اليوم تذكّر أهم درسٍ حول الألم، لربما يذكرون المشهد نفسه في الهند. كانت عائلتنا بأكملها تتزاحم

في سيّارة كل صيف لتقطع ٢٨٠ ميلاً نحو موقعٍ عالٍ مُذهل من تلال نيلغيري (Nilgiri Hills)، وهي منطقة غابات بكرٍ ما زالت تتجوّل فيها النمور والفهود. بيتنا الصيفي البنغالوي، الذي يُؤجّره إياه مدير لحقل شاي حيث عمّاله ممن عالجناهم كمرضى سابقاً، نجلس في وسط منطقة جبلية تحيطنا البحيرات والمروج الخضراء حيث تبعد ثلاثين ميلاً عن أقرب بلدة، آل ويبس (The Webbs)، عائلة أخرى من طاقم فيلور، غالباً ما يُشاركوننا بيتنا الصيفي البنغالوي، وكان جون ويب، طبيب الأطفال، الذي رعى الدرس الخالد حول الألم.

كان جون يسير بدراجته البخارية على الطريق الجبلي المتلوي غير المرصوف يوماً ما لمّا انحرف بقوّة لتفادي كلبٍ حتى علقت في إطار دراجته عُصيّة وطيّرته من على ظهرها. سقط عن الدراجة البخارية، إلا أنّ الدفع [القوي] تسبب بانزلاق ذقنه ابتداءً على طول الطريق الحصباوي. بالرغم من أن جراحه لم تكن أكثر من خدوشٍ وكدمات، إلا أنّ قطعاً صغيرة للغاية من القذر والحصى وجدت طريقها إلى جلده.

نظراً لمعرفته بآرائي حول الألم، سُرّ جون بأن سمح لي باستخدامه كموضوع درسٍ للأطفال. قال: «جون، تعلم ما عليك فعله. لا أمانع أن يُشاهد الأطفال». استلقى على الأريكة، وتحلّق الأطفال حوله، وجلبت طستاً، وصابوناً مطهّراً، وفرشاة أظافر صلبة. لم يكن عندي أي مادة تخدير.

خدم جون خلال الحرب العالمية الثانية كمأمور طبي في الجيش الذي غزا إيطاليا. كان قد درّب الأطباء على أهمية نزع كل ذرّة قذر وسحبها من الجروح بغية منع العدوى. حان الآن دوره، كان يعض على أسنانه ويكشّر. فركت الجلد بفرشاتي ذات الرغوة، وتولّى أطفالنا إحداث المؤثرات الصوتية. «أووه! يَك!»، «لا أستطيع مشاهدة ذلك!». « ألا يؤلم ذلك؟»

«امضِ يا بول، امضِ»، كان يقول جون لي ذلك وهو يعض على أسنانه إذا ما شعر أنّي سأتوقّف. فركتُ حتى ما عدتُ أرى إلا الجلد الوردي النظيف وطبقة الأدمة العميقة النازفة، ثم مسحتُ عليه بمرهمٍ معقّم ملطف.

خلال الأيام القليلة التالية، تلقى الأطفال دورةً قصيرة في علم وظائف الأعضاء خلال شرحي أنا وجون سحر الدماء والجلد وعامليهما في الإصلاح. لم يتنازل للأسبرين ولا أيّ مسكن ألم آخر، وتعلّم أطفالي أنّه يمكن تحمّل الألم. الأهم من ذلك على الأرجح أنّهم رأوا جون يقبل بالألم كجزء ثمين من عملية التعافي. يوميّاً، كان يُزيل الضمادات ليتفحّص تقدّم عملية الاستشفاء ثم يُعطينا تقريراً مُشفقاً. كان جسده يتحدّث معه لغة الألم، مُجبراً إياه على اتخاذ احتياطاتٍ إضافية. كان يمضغ الطعام ببطء وبتأنٍّ. كان ينام على ظهره أو على جنبه الآخر، وقضى ما تبقى من أيام إجازتنا بعيداً عن الدراجة البخارية.

تلقّى أطفالي الرسالة بشكلٍ جيّد. خلال تعليقي للوحةٍ في بيتنا في فيلور بعد عودتنا من تلك الإجازة، ضربت إبهامي بالمطرقة. ألقيت بها وبدأت بالقفز، عاصراً الإبهام المُصاب، فصرخ ابني كريستوفر: «اشكر الرب على الألم يا أبي!»، [فرددتُ]: «شكراً يا إلٰهي على الألم!».

الامتنان

فكرة أنّ ما نفكر به وما نشعر به في الذهن يُؤثر على صحة أجسامنا تسرّبت تدريجيّاً إلى الوعي الطبي. يعرف كل طبيب شاب عن تأثير البلاسيبو. وشكراً للكتّاب المشاهير مثل بيل مويرس ونورمان كوسينس ود. بيرني سيغل (Bernie Siegel) حيث إنَّ الشارع صار واعياً أيضاً لدور المشاعر الذي تؤديه في التعافي. قال مُراقب ساخرٌ مرّة: «من المهم أحياناً أن تعرف نوع الفلاح المُصاب بالجرثومة وليس نوع الجرثومة المُصاب بالفلّاح».

كان د. هانس سيلي (Dr. Hans Selye) رائداً حقيقيّاً في اكتشاف تأثير المشاعر على الصحة وبسبب تأثيره نوعاً ما بدأت بالامتنان في فكرتي الأولى عن الاستعداد للألم. في معمله في مونتريال (Montreal)، قضى سيلي سنواتٍ يُجري التجارب على الفئران ليجد الذي يُدمّر الجسم. كتب بنفسه ثلاثين كتاباً في هذا الموضوع، وأكثر من ثلاثين ألف مقالٍ نُشرت حول «متلازمة الضغط (Stress Syndrome)» التي وصفها أوّل ما وصفها عام ١٩٣٦م. لاحظ سيل أنّ الضغط الذهني يدفع بالجسم إلى إنتاج إمداداتٍ إضافية من الأدرينالين (epinephrine إبِينيفرِين)، الذي يُسرّع معدل ضربات القلب والتنفس. تشدّ العضلات أيضاً، ولربما أدّى التوتر إلى الصداع أو آلام الظهر. في بحثه عن جذر سبب الضغط، وجد سيل أنّ عوامل مثل القلق والاكتئاب لربما تسبب في أزمات الألم أو ضاعفت الألم الحاصل أصلاً. (وفقاً للأكاديمية الأمريكية لطب الأسرة American Academy of Family Physicians فإن ثلثي زوّار عيادات أطباء الأسرة ما زاروها إلا بسبب أعراض مرتبطة بالضغط).

واصل سيل بحثه حتى أواخر أيّامه ولخصّه حينها، حيث حددّ أنّ الانتقام والمرارة هما الاستجابتان العاطفيتان اللتان يبدو أنّهما الأكثر تسبباً للضغط عالي المستوى في الكائن البشري. وعلى العكس من ذلك، كما خلُص إليه، فإنّ الامتنان هو الاستجابة الوحيدة التي تزيد الصحة أكثر من غيرها. أجد نفسي متفقاً مع سيل، ذلك أنّه ومن جانب فإنّ تقدير المنافع الجمّة للألم غيّرت كثيراً من مظهري.

لاحظت أنّ الذي يرى الألم عدوّاً، يستجيب برغبة انتقامية أو شعور بالمرارة - لِم أنا؟ لا أستحق ذلك! إنه ليس عدلاً! - وهذا له تأثير ارتدادي خبيث على تردّي ألمهم. أقول لمرضاي: «انظر للألم على أنه خطاب يقدّمه جسمك حول موضوع ذي أهميةٍ قصوى لك. منذ القرصة الأولى، توقّف واستمع للألم، وأجل، حاول أن تكون ممتنّاً. يستخدم الجسد لغة الألم؛ ذلك أنّها الطريقة الأكثر فاعلية للفت انتباهك». أُسمّي

هذا التوجّه «مصاحبة» الألم: [ألا وهو] اعتبار ما يُرى عادةً على أنّه عدو ونزعه، ثم تقبّله.

التغيير الجذري في المظهر ظهر في مجموعة العلماء وموظفي الصحّة العاملين في كارفيل؛ ذلك أنهم يرون أدلّة يومية على منافع الألم، في كل من ردهات المرضى وفي المعامل. دون أدنى شك، تعلّموا تقدير نعمة الألم بالامتنان لها. اليوم، إذا ما كان لِزاماً على أيّ فرد في مجموعتنا المعاناة من ألم مستعصٍ، لربما خِفنا واكتأبنا. لربما توسّلنا الشفاء. إلا أني أشك في قدرة أي شيء على هزّ إيماننا الراسخ بأنّ نظام الألم حسنٌ وحكيم.

وجدت أنه لَأمرٌ ساخر أنّي بوصفي طبيباً (باستثناء التعامل مع المرضى المحرومين من الألم) يتوجب عليّ الاعتماد اعتماداً كبيراً على شكاوى مرضاي حول الألم، ذلك أنّ كل ألمٍ يتذمّرون منه هو مُرشدي الرئيسي في تحديد التشخيص ومسار العلاج. السبب الذي يجعل بعض أنواع السرطان أخطر من غيرها هو أنّها تؤثر على أجزاء الجسم الأقل حساسية للألم. السرطان الذي يُصيب عضواً كالرئتين أو في القسم الأعمق من الثدي لربما لا يُلاحظه المريض، ولربما لا يكن لدى الطبيب أدنى فكرة عنه حتى ينتشر إلى العضو الحسّاس مثل غشاء الجنب (pleura) أو غشاء الرئة (the membrane of the lung). وحينها، لربما يكون السرطان قد دخل مجرى الدم وانتقل إلى مكان لا يصل إليه العلاج الموضعي.

أحبّ تذكير نفسي، والآخرين، أنّه حتى في العمليات الجسمانية التي عادة ما تُعد أعداءً، فإنه يُمكن أن نجد سبباً لنكون ممتنين. أغلب أحاسيس الانزعاج تنبع من دفعات الجسم الوفيّة، وليس من العِلل. إذا ما احمرّت الإصابة المعدية، ونتج القيح، مثلاً، فإنّ الاحمرار والانتفاخ سببهما الحاجة العاجلة للدم في هذا المشهد، والقيح، المتكوّن من السوائل الليمفاوية والخلايا الميتة، يقدّم دليلاً على المعارك الخلوية التي

تُخاض لصالح الجسم. ارتفاع الحرارة الموضعي ينتج عن جهد الجسم في الدفع بالمزيد من الدماء إلى الجزء المتأثّر. زيادة الحمّى العامة تُسرّع دوران الدم، وبطريقة مُلائمة، تُشكّل بيئة عدائية أكثر للعديد من أنواع الباكتيريا والفيروسات.

وفي الحقيقة، فإنّ نشاطاً جسمانيّاً - كالنفطات والثفنات والحرارة والعطاس والكحّة والاستفراغ، وطبعاً الألم - ننزعج منه أو نتقزز، هو في الواقع دليل على الحماية الذاتية في الجسم. خلال فترته الرئاسية، أُحرج جورج بوش (George Bush) بواقعة الاستفراغ في عشاء رسمي في اليابان. كان من المفترض غالباً أن يكون ممتنّاً لذلك. إنّي لمدهوشٌ بالآلية الفيزيولوجية التي يتضمنها الاستفراغ، تلك التي تُحدث خدوشاً في العضلات لتقلب عملياتها الطبيعية بعنف: صُممت أصلاً لإزلاق الطعام عبر المسار الهضمي، أما الآن فهي تعيد ترتيب ذلك للتخلّص من الغزاة غير المرحّب بهم. عرف الرئيس بوش أنّ الارتجاع يعمل عوضاً عنّا متى ما شعر بالخطر، وبغض النظر عن الأحداث. وقلْ الشيء نفسه عن العطاس، الفوري ولا يمكن تفاديه، إذ يُخلي الأشياء والجراثيم الغريبة من الغشاء الأنفي بقوة تشبه العاصفة. حتى الجوانب الأبغض من هذا الحدث ما هي إلا علامات لصراعه للصحة [السليمة].

صار الامتنان استجابتي الانعكاسية للألم، خاصةً، وأشهدُ أنّ هذا التغيّر الجذري في التوجّه قد غيّر فعلاً أثر الألم عليّ. لم أعد أشعر بالاستياء لما صرت واعياً بألم ظهري المُزمن في الصباح. لربما جفلت وتأوّهت إذا ما حاولت ارتداء ملابسي، إلا أنّي في الوقت نفسه متأهب لرسالة الألم. إنّه يُذكّرني أنّه من الأفضل لي ألا أنثني، وأن عليّ أن أرفع قدميّ، واحدة إثر الأخرى، عالياً على الكرسي لأرتدي جواربي أو أربط أربطة حذائي. كما يعطي تلميحات خفية أنّ عليّ إعادة ترتيب جدولي وأخذ وقت راحة إضافي، أو أداء التمارين لتليين الغضاريف المتيبّسة.

كُنت أحاول اتباع نصائحه متى ما كان ذلك متاحاً؛ ذلك أني أعلم أنّه ما من محامٍ مخلصٍ لجسمي أكثر من الألم.

حصل موقف في الماضي القريب، بعد أن حملت حقيبة خلال رحلة طويلة عبر المحيطات، وهو أني تعرّضت لهجمة مؤلمة في العصب المضغوط في ظهري. بدايةً، الامتنان كان أبعد استجابة عن ذهني. شعرت بالانزعاج والبؤس. إلّا أنّي لما أدركت أنّ الألم ليس مستعدّاً لأن يتركني، قررت أنّ أطبّق ما أعتقد به عن الامتنان. بدأت بتركيز ذهني على مناطق مختلفة من جسمي؛ كنوع من ابتهالات الامتنان.

ثنيت أصابعي وفكّرت في النشاط المتزامن لخمسين عضلة وأخاديد الأوتار الليفية، وملايين الخلايا العصبية المُطيعة التي جعلت من مثل هذه الحركة مُمكنة. حرّكت غضاريفي وتأملت في الهندسة الخلّابة التي بُني وفقاً لها الكاحلان والكتفان والوركان. تتحمّل المركبة [العمل عليها] لسبعة أعوام أو ثمانية بتزييت جيّد: وخاصتي تجاوزت سبعين سنة، تُجدد زيتها ذاتياً ولم تتعطّل يوماً للصيانة.

تنفّست عميقاً وتخيّلت الجيوب في رئتَيّ المتصلة بفقاعات دقيقة من الأوكسجين ومشغولة بتعبئتها للخارج في خلية دم لنقلها إلى الدماغ. آلاف المرات في اليوم تنبض عضلات قلبي، تُسيّر ذاك الوقود إلى مناطقه. أخذت نفساً إثر نفس، مُجدداً وظائف جسمي بهواءٍ مُنعشٍ ونظيف. بعد النفس العميق العاشر، شعرت بشيء من الدوار.

معدتي، طُحالي، كبدي، بنكرياسي، وكليتاي... تعمل بغاية الكفاءة حتى إنّه ما من طريقة تجعلني أدرك وجودهم. إلا أنّي أعلم أنه في حالة الطوارئ سيجدون طريقةً لتنبيهي، حتى وإن كان عليهم اللجوء إلى خدعة استعارة خلايا الألم من الأنسجة المجاورة.

أغلقت عينيّ وجرّبت، للحظة، العالم دون حاسّة البصر. بحثت حولي ولمست أوراق الشجرة ولحاءها والعشب حولي، متحسساً بدقّة

ملمسها بأناملي. فكّرت بعائلتي، وبينا تفقدت صورهم في الذهن، واحدةً تلو الأخرى، ذُهلت من قدرة دماغي غير العادية في حشدها إلى الوعي. ثم فتحت عينيّ وفجأة غمرتني موجات ضوئية.

حتى في أسوأ حالاته، خلال سبعة عقود من العمر والتألّم، ما زال يقدّم جسمي أسباباً مُقنعة للامتنان والحمد أيضاً. لم يحدث أن احتججت أمام الرب بسبب الانزعاج الذي كُنت أمر به؛ كنت أعلم غاية العلم البديل الرهيب لحياةٍ دون ألم.

في المرحلة الأخيرة من ابتهالاتي، حوّلت انتباهي إلى منطقة الألم نفسها. فكّرت في الفقرات، المُصممة تصميماً متقناً حتى إنّ البناء الأساسي نفسه يُمكنه دعم رقبة الزرافة التي طولها ثمانية أقدام. استذكرت أعقد أساليبي الجراحية، لمّا كنت أشرّح الحزم الدقيقة لمساحة الأعصاب في النخاع الشوكي، المعقّدة للغاية؛ إذ ميلٌ طفيفٌ للسكين، ثم لن يمشي مريضي مرة أخرى. أحد هذه الأعصاب الدقيقة في ظهري كان قد أرغمني على إحداث تعديلات مهمة: تصحيح جِلستي وَمِشيَتي، واختيار نوع مختلف من الوسائد وأوضاع النوم، واتخاذ قرار يُخالف [ما اعتدتُه] وهو الاستعانة بحمّالين لحمل حقيبتي.

لم يُفارقني الألم تلك الليلة، وما زلت أشعر باضطراب مكدّر ومتواصل إذا ما انحنيت لأدخل السرير. إلا أنّه وبطريقة ما كان الشعور بالامتنان يعمل عمل التحوّل المُهدّئ داخلي. قلّ الشد في عضلاتي، ولم يعد الألم مسيطراً بالطريقة ذاتها تماماً. إنّ الذي بدا أنه عدوي، صار صديقي.

لعل ساخراً يقول: «هذه من خدع الذهن. لقد خفّضت عتبة الخوف والقلق، لا شيء أكثر من ذلك»، هذه، طبعاً، النقطة: يتموضع الألم في الذهن، وما يُهدّئه يعزز من قدرتي على التعامل معه.

سبب تشجيعي للامتنان هو أنّ توجّه الإنسان الباطن (وهو منتج عن الذهن) حيال الجسم لربما كان له تأثيره العظيم على الصحة. إذا ما تعاملت مع الجسم باحترام ودهشة وتقدير، فإنّي سأكون أكثر التزاماً بأن أتصرف بالطريقة التي تستديم صحته. خلال عملي مع مرض الجُذام، كنت أستطيع إصلاح الأيدي والأقدام، إلا أنّ هذه التحسينات، كما عرفت بعد فترة قصيرة، ليست بشيء ما لم يتصوّر المرضى أنفسهم مسؤولية أعضائهم. إنّ جوهر التأهيل - وهو لا بد جوهر الصحة - كان إعادة حسّ الكرامة الذاتية لأجساد مرضاي.

لمّا انتقلت إلى الولايات المتّحدة، توقّعت أنّ أجد مجتمعاً بهذه المعايير العالية للتعليم والتطوّر الطبي يُرسّخ حسّاً قويّاً للمسؤولية الذاتية في الصحة. وما وجدته كان العكس تماماً. في البلاد الغربية، نسبة رهيبة من مشكلات الصحّة تنبع من الخيارات السلوكية التي تُظهر التغاضي عن إشارات الجسم الواضحة.

نحن الأطباء نعرف هذه الحقيقة إلا أننا نخجل من اقتحام حيوات مرضانا. إذا ما كُنّا صادقين تماماً، لربما قلنا شيئاً كهذا: «استمع إلى جسمك، وفوق هذا، استمع إلى ألمك. لربما يُحاول إخبارك بأنّك تُعنّف دماغك بالضغط، وأذنيك بالضجيج، وعينيك بالمشاهدة المتواصلة للتلفاز، ومعدتك بالطعام غير الصحي، ورئتيك بالملوّثات المسببة للسرطان. أنصت باهتمام إلى رسالة القلب قبل أن أعطيك شيئاً لتتعافى من هذه الأعراض. أستطيع المساعدة فيما يتعلّق بالأعراض، إلا أنّك يجب أن تُعالج السبب»[1].

---

(١) إني مستعدٌّ للإقرار بأنّ المؤسسة الطبية تتحمل جزءاً كبيراً من اللوم. تخيّل المُعضلة الأخلاقية لجرّاحٍ شاب، يرزأ تحت دين كلية الطب، يُوازن خيارات المريض. التوجّه الأكثر محافظة سيطلب من المريضة أن تتحمل مسؤولية صحّتها: أنّ تتمرّن، وأن تخضع =

ألبيرت شوايتزير (albert schweitzer) قال مرّة: إنّ المرض غادره فوراً، ذلك أنّه لم يجد جسده مضيافاً له. هذا ما ينبغي أن يكون هدفاً حقيقيّاً لنا جميعاً، إلا أنّه يبدو أنّ المجتمع يسير مُثابراً في الاتجاه المُعاكس. كل عام يلتقي ممثلون من الخدمات الصحية العامة، بما في ذلك مراكز مكافحة الأمراض وإدارة الغذاء والدواء، لمناقشة التوجّهات الصحية ولوضع الأولويات للبرامج الجديدة. في ثمانينيات القرن العشرين، وفي قلب أحد المؤتمرات التي تمتد أسبوعاً، بدأت بوضع قائمة بجميع المشكلات المرتبطة بالسلوكيات في الأجندة والوقت المخصص لكل منها: مرض القلب والتوتر العالي المستشري بسبب الضغط، قُرح المعدة، أمراض السرطان المرتبطة بالبيئة السيئة، الإيدز، الأمراض الجنسية، النُّفاخ الرئوي (emphysema) وسرطان الرئة الذي يُسببه تدخين السجائر، الضرر القاتل الناجم عن إدمان الأم الكحول وإساءة استخدام العقاقير، ومرض السكري والاضطرابات الأخرى المتعلقة بالنظام الغذائي، جرائم العنف، حوادث المركبات بسبب الكحول. هذه كانت المخاوف المنتشرة؛ بل الوبائية التي كانت تقلق خُبراء الصحة في الولايات المتّحدة.

في مجتمع مُشابه للخبراء في الهند، وأعرف ذلك، سيتعامل عوضاً [عن هذه المشكلات] مع الملاريا، وشلل الأطفال، والزحار، والتدرّن

= للعلاج الطبيعي، وأن تغيّر نظامها الغذائي، وأن تُعدّل من أسلوب حياتها، وأن تتعلم العيش مع شيء من الألم. ومقابل هذه النصيحة الثمينة، يتلقى الجرّاح خمسين دولاراً كرسوم لزيارة واحدة في عيادته. أما التوجّه المتطرّف فيتضمّن تدخلات جراحية خارجية تتطلّب التنويم في المستشفى، ومصاريف تُدفع للجرّاح تبلغ على الأرجح خمسة آلاف دولار.

دراسة أجراها ويليام كين (William Kane) في عام ١٩٨٠م أظهرت أن الأطباء الأمريكيين يُجرون عمليات استئصال الصفائح الفقرية المتصلّبة (lumber laminectomies) لمعالجة آلام الظهر أكثر بسبعة أضعاف من نظرائهم في السويد وبريطانيا العظمى. في العقد المنصرم، ارتفع عدد عمليات الديسك [في العمود الفقري] في الولايات المتحدة الأمريكية من ٤٠,٠٠٠ إلى ٤٥٠,٠٠٠. (المؤلف).

الرئوي (tuberculosis)، والتيفوئيد، والجُذام. بعد أن قهرت الولايات المتّحدة أكثر هذه الأمراض المعدية، بدّلتها الآن بمشكلات صحيّة جديدة للكبار.

كُنا نلتقي في سكوتسدال (Scottsdale) في أريزونا، وجارتها من الغرب، نيفادا (Nevada)، تحتل مرتبة قريبة في المراتب العُليا لأكثر الوفيّات، بينما جارتها الشمالية، أوتاه (Utah)، تحتل مرتبة قريبة من المراتب الدُّنيا. كلتا الولايتين غنيتان نسبيّاً وتقدّمان تعليماً جيّداً، وتشتركان في المناخ نفسه. الفرق، وفقاً لما قدمته دراسات مختلفة، يُمكن أن يكون أفضل وصف له أنّه عوامل أسلوب الحياة. أوتاه هي مقرّ طائفة المورمونية (Mormonism)، التي تنبذ الكحول والتبغ. ظلّت الروابط العائلة قويّة في أوتاه ويميل عمر الحياة الزوجية إلى أن يكون طويلاً (أظهرت قوائم الوفيّات أنّ الطلاق يزيد وبقوّة قابلية الموت المبكّر بسبب الجلطات والتوتر العالي والسرطان الرئوي وسرطان الأمعاء). نيفادا، على العكس، لديها ضعف العدد من حالات الطلاق ومعدل أعلى بكثير في استهلاك الكحول والتبغ، ولا داعي لذكر الضغط غير الطبيعي الذي يُصاحب القِمار.

كتبتُ بوصفي طبيباً، وليس فيلسوفاً أخلاقيّاً، ولا يُمكن لأي طبيب يعمل في حضارة مُعاصرة أن يقف مكتوف اليدين حيال صمَمِنا الثقافي تجاه حكمة الجسم. إنّ درب الصحة، سواءٌ لفردٍ أو مجتمع، يجب أن يبدأ بحسب حساب الألم. [إنّ ما يحصل] بدلاً عن ذلك هو أننا نُخرس الألم في الوقت الذي ينبغي علينا إرهاف السمع له؛ نأكل بسرعة فائقة وبكميات هائلة ثم نتناول سيتلزر الفوّار (Seltzer)؛ نعمل لوقتٍ طويل وبجهدٍ كبير ثم نأخذ مسكناً. العقاقير الثلاثة الأفضل مبيعاً في الولايات المتحدة هي عقار التوتر العالي، علاج للقُرح، ومُسكّن. هذه العقاقير التي تُخمّر الألم جاهزة فوراً ذلك أنه حتى المجال الطبي يبدو أنّه يرى الألم على أنّه علّة بحد ذاته وليس عرضاً.

قبل أن أتوجه إلى رفّ الأدوية لأُخرس الألم، أحاول أن أصيخ سمعي. الاستماع للألم صار شعيرة مقدسة عندي، الوجه الآخر لابتهالات امتناني. هل هناك أي نسق للألم؟ أسائلُ نفسي. هل يميل لأن يحدث في وقت محدد من النهار أو الليل أو الشهر؟ هل يبدو أنه مرتبط بعملي؟ أو علاقاتي مع الناس؟ كيف يؤثّر عليه الطعام؟ هل أشعر بالألم قبل الوجبات أم خلالها أم بعدها؟ هل يحصل بمعيّة حركات الأمعاء؟ ماذا عن التبوّل[1]؟ هل يبدو أنّ تغيّراً في الوضعية أثر فيه، أم أنّه إجهاد غير طبيعي الذي أثر فيه؟ هل أنا قلقٌ حيال شيء متعلّق بالمستقبل، أم أميل للغرق في ذكرى من حدثٍ في الماضي؟ هل عندي هموم مالية؟ هل أشعر بالمرارة أو الغضب من أحدهم لربما لأنّه كان مسؤولاً جزئيّاً عن ألمي، أَم أني غاضبٌ من الرّب؟

لربما أجريت تجارب لأتوافق مع ألمي. ماذا لو نمت على مخدّة مختلفة، أو جلست على كرسي بدلاً من الكنبة؟ ماذا عن ساعة نوم إضافية لليلة؟ ما الذي يبدو جاذباً؟ ما الذي يبدو ثوريّاً؟ ثم أسجّل أي ملاحظات لأيّ توافقات تطرأ على ذهني.

---

(١) «الحضارة» غالباً ما تطلب منا أنّ نحكم الإشارات البسيطة للألم. أذكر تعليقاً من أيام الدراسة في كتاب «منهج في الجراحة (Textbook on Surgery)» وضعه هاميلتون بيلي (Hamilton Baily) حيث قال: إنّ الكلاب البرية لا تُعاني من تضخّم غدد البروستاتا إلا أنّ الكلاب المنزلية المُدرّبة تميل إلى مواجهة المشكلات نفسها التي يُواجهها مربّوها. إذا ما تعلّمت الكلاب (والبشر) التحكّم بإشارات المثانة وانتظرت الوقت «المناسب» لطلب الراحة، فإنّ أجسامنا تتحمّل تبعات ذلك.
ويشبه ذلك القول بأن الحضارة تُصعب علينا اجتماعيّاً أن نستجيب كما ينبغي لحركة الأمعاء. نسأل عن «بيت الخلاء» وتُشير المُضيفة بعينيها إلى آخر الممر، وبينا ذلك نعتذر ونتسلل. أو ـ وفي وضع أكثر جدية ـ لربما أجّلنا هذه الحاجة حتى تقول لنا أجسامنا إنّ علينا فعل ذلك الآن. في الوقت الذي نعود فيه إلى المنزل فإنّ المستقيم، الذي تم تجاهل رسالته، لربما لا تعاون. الأزمة الناتجة لربما مهّدت الإصابة بالبواسير. معظم حالات الإمساك التي يُعاني منها الناس في الحياة مؤخراً مردّها: ١ ـ قلة احترام الانعكاسات الطبيعية، وتأجيل اتخاذ الإجراء [المناسب] لأسباب اجتماعية. أو ٢ ـ النظام الغذائي الذي يعتمد على الطعام المُكرر والقصور في الكمية والألياف. (المؤلف).

لا أستطيع تخمين كم من زياراتِ الطبيب وقاني منها هذا التمرين على مدى أعوام (الأطباء ـ ولربما فاجأك هذا ـ عادةً ما يقاومون زيارة الطبيب). نادراً ما أشعر بالامتنان حيال حقيقة الألم، إلا أنّي دائمُ الشعور بالامتنان للرسائل التي يجلبها. أستطيع الاعتماد على الألم ليقدّم أولى الأولويات بأسرع طريقة طارئة متوافرة. ثم يكون الأمر لي للتعامل مع هذه التوصيات.

النشاط

إذا ما أُنصت له، فإنّ الألم لا يُعلمك بالمخاطر لتجنّبها فقط؛ بل أيضاً بالتلميحات حول المواصفات الإيجابية التي يحتاجها الجسم. وخذها قاعدة، إنّ نسيج الجسم يزدهر بالنشاط ويضمر بالخمول. رأيت هذا المبدأ جليّاً وبشكل يُثير الشفقة في ضحايا السكتات. بينما تظل العضلات في أيديهم في تشنّجٍ مستمر تتلوّى الأصابع لتكون في وضعية مخلبية متصلّبة بسبب قلّة الاستخدام. إذا ما تفحّصت هذه الأصابع على حدة، أجد بينها جلداً ليناً ذا ملمسٍ يشبه لمس ورق التنشيف ويتهتّك مثله. فقد الجلد في اليد عناصر قوّته؛ ذلك أنّه لم يُدعَ للجبهة مع العالم الحقيقي الذي صُمم [لمواجهته]. «استخدمه أو ستفقده» الشعار الحازم في علم وظائف الأعضاء.

روّاد الفضاء الأوائل تعلموا هذا المبدأ بالطريقة الصعبة. بعد رحلات الفضاء الأولى اكتشف الباحثون الطبيون أنّ روّاد الفضاء قد فقدوا الكالسيوم في عظامهم وتعرّضوا لخطر نخر العظام (osteopprpsis). ناسا (وكالة الفضاء الأمريكية (NASA)) أضافت مكمّلات الكالسيوم للنظام الغذائي الخاص بروّاد الفضاء، إلا أنّ الرحلات التالية أظهرت النتائج ذاتها. انعدام الوزن، وليس الغذاء، كان المشكلة. إذا لم تتمرن العظام، فإنّ الجسم الاقتصادي يُقرر أنّ العظام لا بد أنّها حصلت على كالسيوم أكثر من حاجتها؛ ثم يعيد توزيعه أو يتخلّص منه عبر التبول. تكيّفت

أجسام روّاد الفضاء ببساطة للمطالبة الأقل إلحاحاً لانعدام الوزن. ولتعويض ذلك، يقوم روّاد الفضاء حاليّاً بتمارين أسويّة القياس (isometric exercise) التي تُحاكي العمل الحقيقي. الدفع باليد أمام الأخرى، حتى في حالات انعدام الوزن، يضع جهداً على عظام الذراع وكأنه بالنسبة لها عمل. تحتفظ العظام بالكالسيوم حتى حين الدخول في جاذبية الأرض، حيث ستكون الحاجة له.

رأيت في الهند مثالاً جليّاً على حاجة الجسم للجهد. أدهشني غاية الإدهاش أنّ الشعب الهندي نادراً ما يشتكي من الفُصال العظمي (osteoarthritis) في الفخذ، وهو العلّة التي يشتكي منها كبار السن في الغرب. يحدث الفُصال العظمي إذا ما حصل أنّ الغضاريف الواقية التي تفصل ما بين عظمة الفخذ وعظمة الورك قد تخلخلت، وتضاءلت حتى تكاد العظمتان تتلامسان. تحتكان ببعضهما أحياناً، مما يؤدي إلى الاحتكاك والألم الحادّ. يُظهر النسق سريعاً في الأشعة السينية. خلال بحثي عن مفاتيح [الأمر] قارنت أشعة سينية لأوراك مرضى هنود بأشعة سينية لأوراك مرضى غربيين ووجدت أنّ فجوة الغضاريف تُغلق بالمعدل نفسه في كبار السن من الثقافتين. الخلخلة غير المنتظمة هي ما تسبب تلك الصعوبة في الأوراك الغربية.

كُرة الورك تبدأ مكوّرة ليّنة. يميل الغربيون إلى تحريك سوقهم في اتجاهٍ واحدٍ فقط، مستقيم للأمام والخلف، وذلك خلال المشي أو الجري أو الجلوس على الكراسي. يُخدش العظم بخط واحد، ما ينتج عنه تجويف طولي وتتشكّل مطبّات ونتوءات في الغضاريف، وهو المصدر اللاحق لآلام التهاب المفاصل. وعلى العكس منهم، يجلس الهنود وفقاً للعادات والتقاليد بسوق متصالبة، على هيئة اليوغا، محرّكين أوراكهم حركة خاطفة ويكملون الحركة الدائرة عشرات المرات في اليوم الواحد. تتحرّك كرة الفخذ بصور متناسقة وليس بطريقة غير منتظمة، وبالرغم من ضمور الغضاريف التي شاخت في المفصل، فإنّ كبار السن الهنود يمشون

مشيةً دائرية مثالية دون أيّ تجاويف أو نتوءات. إنّ الجلوس بساقين متصالبتين تأمين جيد ضد ألم الورك المرتبط بكبر السن.

بديل الورك الصناعي أصبح الآن سوقاً مُربحاً وكبيراً في الغرب. يُذهلني أن أدرك كم من النفقات والمعاناة يُمكن تجنبها إذا ما اجتهدنا أكثر في الاستماع لرسالة الجسم، حيث ينبغي علينا أن نمنح كل مفصل نشاطاً كاملاً يوميّاً. إنّ الإنسان متوسط العمر يجده مؤلماً أن يجلس متصالب الساقين، ذلك أنّه لم يعتد على إدارة وركيه لسنوات. وعلى العكس من ذلك الذي يسبح ويتسلّق الجبال أو يمشي على الأرض الصلبة غير المستوية كما كان يفعل أجدادنا ذلك؛ فإنّه يستخدم كل حركة موجودة ليتدارك الألم المستقبلي. أفكر أن أضع إعلاناً في صحف الصحّة يُقدّم «طريقة مضمونة لتفادي استبدال الورك» وأطلب ١٠٠ دولار أو ما يقاربها لقاء الوصفة السرية: تبنّ خلال فترة الشباب عادة الجلوس متصالب القدمين عشر مرات في اليوم على الأرض أو على الصوفا.

أعتقد أنّه، وكما يفعل التمرين العنيف بالعضلات أن تقوى وبالعظام أن تزداد صلابة، هناك معنًى تسعى الخلايا العصبية إليه إذا ما تعرضت للاستشعار. علّمني مرضاي المصابون بالجُذام أنّ حرية استكشاف الحياة ما هي إلا إحدى أعظم النعم. كنتُ، على العكس منهم، أمشي حافي القدمين عبر الطريق ذي الأرضية الحصباء، وأشرب القهوة في كوبٍ معدني، وألفّ البرغي بكل قوتي، ذلك أنّي أستطيع الثقة بإشارات الألم عندي لتنبيهي كلما اقتربت من نقطة الخطر. إنّي أشجّع الأصحاء على النشاط البدني المُجهد واختبار استشعاراتهم حتى أقصاها لهذا السبب: إنّ ذلك يُعدّهم للتعامل مع الآلام المستقبلية غير المتوقّعة.

أصحاب كمال الأجسام هم المجموعة الوحيدة في مجتمعنا التي تدرس الألم وتبذل جهداً بدنيّاً عن عمدٍ. إنّ الذي يجري في الماراثون ورافع الأثقال يصيخون السمع للتغذية الراجعة التي ترسلها الأوتار

والعضلات ومما يُرسله القلب والرئتان خلال مطالبتهم أجسادهم ببذل المزيد من الجهد. إنّ متسلّق الصخور، الذي يُدخل أصابعه في شقّ المنحدر الصخري، يعلم أنّ نجاحه، ونجاة حياته غالباً، يعتمد على استعداده لتحمّل الألم الحقيقي في أنامله وبراجمه. يجب عليه أن يتحسس نقطة الانهيار في وقتها، ثم يطلب التعزيزات على هيئة اليد الأخرى أو إصبع القدم وإلا تراجع.

يستمع أصحاب كمال الأجسام لأجسادهم باستعدادٍ متأهبٍ للغاية، يضغطون على الطرف الصحيح للألم دون الوقوع. الألم بالنسبة لهم صديقٌ قديم. شاهدت مرّة مقابلة تليفيزيونية مع جوان بينويت (Joan Benoit) فور فوزها بماراثون بوستن. سألها المُضيف: «هل كانت تجربةً مريعة؟» أجابت بينويت: «لا، لم تكن كذلك فعليّاً. استمتعت بها. كنت أستمع إلى جسمي. منذ البداية كان جسمي يتحدّث إليّ، يُخبرني عن حد ما يُمكنه تحمله. كان نوعاً من النشوة». لا شك أنّ جوان بينويت كانت لتعلم ما إذا كانت أوتار ساقيها أو أعضاء الجهاز الوعائي في خطر. بتعلّمها الانتباه لألمها، عرفت الفرق ما بين الضغط الطبيعي وإشارات الإنذار العاجل.

إنّي أهلل لتلك الجهود التي تُشرك الأطفال في الرياضات المنظمة؛ ذلك أنه ـ وبشكل أساسي ـ فإنّ المجتمع الذي يهوى الراحة يُقدّم أماكن قليلة لتعلّم لغة الألم الذي وصفته جوان بينويت. أُقرّ بأن لي آراء غير تقليدية في التربية، طوّرتها إلى حد ما كرد فعلٍ لتلك المعايب في المجتمع المعاصر. فعلى سبيل المثال، إنّي مُحام دؤوب عن الأقدام الحافية للأطفال الصغار. يتكيّف النسيج الحيّ للأسطح التي يتعرّض لها، والجري بالأقدام الحافية طريقة ممتازة لتحفيز الأعصاب والجلد، إذ إنه يدرب الطفل على الاستماع للرسائل المتلهفة التي تأتي من الجري على العشب والتراب والإسفلت. لربما اخترقت حصاة الجلد، إلا أنّ الجلد يتكيّف، والرسائل المختلطة من الأقدام الحافية تُقدّم معرفة حول العالم أكثر بكثير

مما تفعله الرسائل المُحايدة من الحذاء الجلدي (من الفوائد الإضافية أنّ أصابع القدم الحافية تتمدد لتوزيع الضغط، بينما تقيّد العديد من الأحذية أصابع القدم وتشوّه القدم).

بالنسبة لي، يبدو أنّ أساليب تربية الأطفال العصرية رسالتها هي كيف ألا نتعامل مع الألم. يلفّ الوالدان أطفالهما في ملاءات وأقمشةٍ ذات ملمسٍ ناعم، إلا أنّ هذا الكوكب يحتوي على العديد من أنواع الأسطح الخشنة أيضاً. إني أتساءل إذا ما كان - إذا ما بدأ الأطفال في الحركة - بإمكاننا فعل شيء أفضل لاستبدال مراتب الأطفال وألحفتهم بمادة خشنة مثل مرتبة من جوز الهند. وما إن يحتاج الطفل الأكبر تحفيزاً حسيّاً بغرض النمو الطبيعي، نُحيطهم بالاستشعارات المُحايدة. ولتعقيد الأمور، يُغدق الوالدان العصريان بالشفقة على الأبناء في كل مرة يُعاني فيها الابن أو البنت أدنى انزعاج. أكان ذلك لا إرادياً أو يجهرون به، فإنّهم [بهذا التصرف] يوصلون رسالة مفادها «الألم سيئ». هل ينبغي أن يُدهشنا أن يُصبح هؤلاء الأطفال راشدين يفرّون من الألم بخوفٍ، أو يسمحون لأنفسهم بأن يُسيطر عليهم، أو، على الأقل، مُشاركة كل التفاصيل الحميمة لكل وجعٍ وألم مع أي أحد حولهم؟

كما ذكرتُ سابقاً، الدراسات المتعلقة بالمجموعات العرقية تُشير إلى أنّ الاستجابة للألم يتم تعلّمها إلى حد كبير. الشعب السبارطي القديم علّم أطفاله الاستعداد للألم، أمّا المُجتمع المُعاصر فلربما ذهب إلى الطرف المتطرف الآخر: مهارتنا في إخراس الألم جلبت لنا نوعاً من الوهن الثقافي في قدرتنا العامة في التعامل معه. وجدت بعض الإشارات المُشجّعة في شغف الجيل الأصغر في تمارين الأيروبكس والمنافسات الثلاثية (triathlon)، وظهور برامج مثل أوتوارد باوند (Outward Bound). إنّ الجسم النشيط، ذاك الذي يتطلّع للتحدّيات ويتجاوز حدود التحمّل، مُعدّ أفضل إعداد للتعامل مع الألم غير المتوقع إذا ما حدث، وهو يفعل

ذلك دائماً. إنّ الطريقة الوحيدة لقهر الألم هي تعليم الناس الاستعداد له مسبقاً.

سيادة الذات

أتذكر أوّل قرص أسبرين تناولته. لم أتناول مسكّنات الألم أبداً لما كنتُ طفلاً؛ ذلك أنّ أمي، المُمارسة الملتزمة للطب التجانسي (homeopathy)، تعارض علاج الأعراض، مُفضلةً أن تثق بقدرة الجسم على شفاء نفسه. لما انتقلت إلى إنجلترا للدراسة في عمر التاسعة، عشتُ مع جدتي لأمي وخالتين غير متزوجتين تُشاركان أمي اعتقاداتها في الطب التجانسي.

في عمر الثانية عشرة، وما زلت في إنجلترا، وقعت ضحية الإنفلونزا. ارتفعت حرارتي عالياً، وشعرت كما لو أنّ أحدهم ضرب جسمي بأكمله. بالكاد استطعت النوم بسبب ألم صداع الرأس، واحتجت إلى الراحة. لا بد أنّ تأوّهاتي وشكواي نبّهت خالتيّ أنه لا بد من استدعاء الطبيب، قريبي من الدرجة الأولى، فنسينت (Vincent).

حتى في حالتي المحمومة كنت أستطيع سماع شيءٍ من الجدال المهموس في الممر خارج غرفتي.

«إنّ الحمّى جزء طبيعي من الإنفلونزا. ستمر بدائرتها. لِمَ لا تعطونه الأسبرين؟».

«أسبرين؟ حسناً، لا أعرف. لم يسبق له أن تناول شيئاً كهذا!».

«نعم، ولكن ذلك سيُريحه راحةً عظيمة. وسيساعده على النوم».

«هل أنت متأكدة من أن ذلك لن يضرّه؟».

أتت لي خالتي بنهاية النقاش بقرص واحد أبيضَ كبير وكأس من الماء. «يقول الطبيب: إنه من الممكن أن تأخذ هذا، بول. سيساعد في [تخفيف] صداعك».

ورثت عن والدتي الشكّ في جميع الأدوية، وما كان من ذلك النقاش الخافت في الممر إلا أن أكّد ذلك الشك. قررت أن أحاول التعامل مع الألم دون الأسبرين. رددتُ على نفسي مرةً تلو مرّة: «أستطيع التعامل معه». أنا قوي. أستطيع التعامل معه.» ظلّ القرص الأبيض طوال تلك الليلة على طاولة السرير الجانبية، لم يتناوله أحد، قريب المتناول، الجرعة السحرية ذات القوى الهائلة إنما غير الموثوق بها ثقةً تامّة. نِمت بلا عقاقير.

لأضف سريعاً أنّه في الأعوام التي تناولت فيها العقاقير ووصفت أخرى، لمرضاي ولأطفالي، أنّي مع ذلك أنظر إلى تربيتي بالامتنان تلك التي علمتني درساً أبدياً: [ألا وهو]: إن استشعاراتي هي خدمي، وليست سادتي. أتذكر أنّي شعرت في الصباح التالي بفخر خاص لما أتت خالتي للغرفة ووجدت القرص على محلّه على الطاولة. لقد قهرت الألم، لليلة واحدةٍ على الأقل.

إنّ حادثة الأسبرين أمدتني بالثقة [التي مفادها أنّي] «أستطيع التعامل معه»، وهو الدرس الذي حاول جون ويب لاحقاً نقله لأطفالنا بعد حادثة الدراجة الهوائية. إذن، فإنّ انتصاراً صغيراً ساعد في إعدادي [لمواجهة] ألم أشد، كما كنتُ أشعر به في نخاعي الشوكي، ومرارتي، وغدة البِروستاتا. تعلّمت مبكراً نسق سيادة الذات الذي خدمني منذ ذلك الحين في مواقف لم أكن فيها مستعدّاً لإيجاد المسكّن.

مرّة، خلال الحرب العالمية الثانية، لما واجه جيش التجنيد الإلزامي نقصاً حادّاً في أطباء الأسنان، قررت حفر أسناني وتعبئة بعض التجاويف المزعجة. باستخدام تشكيلة من المرايا، وتدوير أداة حفر الأسنان بين إصبعي وإبهامي، تمكّنت من تنظيف النخر ووضع حشوة. كان الأمر مدهشاً إذ بدا أيسر من طلب طبيب للعمل عليه. شعرتُ بنفسي مسيطراً على الموقف. كنتُ أشعر بالمناطق اللينة وأوجّه أداة الحفر حول أطراف

الألم: أمّا الطبيب فكان عليه مقاطعة تأوّهاتي وهمهماتي. تفكّرت ممتنّاً بالضبط الذي تعلّمته في قهر الألم خلال الأعوام الماضية.

جميعنا تقريباً، حتى في المجتمعات التي تتطلّع للراحة، جرّبنا طوعاً بعض الألم. النساء اللاتي يُتابعن الموضة ينزعن حواجبهن، ويحشرن أقدامهن في أحذية صغيرةٍ للغاية، ويلبسن جوارب ضيقة للغاية في أيّام الشتاء، حتى إنهن يُجرين عمليات جراحية كبيرة لتغيير تفاصيل الوجه أو الإصبع. يُكيف أصحاب كمال الأجسام أنفسهم لمواجهة الضربات التي تواجههم على أرض كرة السلّة، وحلبة الهوكي، وأرضية كرة القدم. مُصنّع آلات التمرين الشهير يدعو مستخدميه إلى «الشعور بالحرق». ما يحصل غالباً، بالرغم من ذلك، أنّ الناس الذين يمرون بالألم عمداً سعياً لتحقيق بعض الرغبات يجدون أنّ الألم غير المقصود صادم ولا يمكن السيطرة عليه. إنّ الألم الناجم عن المرض أو الإصابة يبدو متطفلاً في ثقافة تمنح الوهم القائم على أنّ كل ما يُزعجك يُمكن السيطرة عليه.

الفترة التي قضيتها في الهند عرّفتني مجتمعاً ليس لديه أوهام السيطرة على الانزعاج. في بلدٍ مناخه قاسٍ، تحيط به الأمراض المدارية، والكوارث الطبيعية التي تبسط نفسها مع كل إعصار، لا أحد يُمثّل أنّه «يحل» الألم. ومع ذلك، وخلال قرون اكتشفت الثقافة طرقاً لمساعدة شعبها على التجاوز. إنّ المجتمع الذي يفتقر للعديد من الموارد الماديّة كان مُرغماً على الاعتماد على الموارد الذهنية والروحية.

طفلاً، ثم طبيباً في الهند، كُنت مُعجباً بالدراويش والسادو (sadhus) الذين استطاعوا بسط السيطرة على وظائف أجسادهم. بإمكانهم المشي على المسامير، بجِلسة صعبة لساعات، أو الصوم لأسابيع. المُمارسون الأكثر احترافاً يستطيعون حتّى السيطرة على معدل ضربات القلب وضغط الدم. «الرجال المقدسون» الهندوس كانوا معروفين بزهدهم وفخرهم بتلك القيمة الثقافية العالية التي تورّث إلى المجتمع بأكمله. منذ عمرٍ مبكّر،

يتعلّم الشعب الهندي احترام الالتزام وضبط النفس، الميزتين اللتين تساعدانهم في الاستعداد للتعامل مع المُعاناة.

البوذية، الفلسفة المصممة خصيصاً لتُطبق على المعاناة البشرية، نبعت عن التربة الهندية. متفاجئاً بالمشاهد المؤلمة الأربعة (Four Distressing sights) (المرض، الجسد الميّت، العمر الكبير، والفقر) أعلن غواتاما بوذا (Gautama Buddha) إمرته وجلس ليحل لغز معاناة العالم.

الحل الذي توصّل إليه على النقيض كليّاً من الفلسفة الغربية للاستهلاكية وتتبع المُتعة. ما خلُص إليه بوذا هو «إنّ الحقيقة الكاملة المتعلّقة بقهر المعاناة تقوم على قهر الذات الذي لا يُخلّف أيّ شغف». إذا كانت الحياة تتكون من المعاناة، والمعاناة سببها الرغبة، فالحل الوحيد إذن للمعاناة هو إنهاء الرغبة.

لستُ هندوسيّاً ولا بوذيّاً، إلا أنّه يُذهلني أن كلا المعتقدين يتعاملان مع الألم بالطريقة نفسها. بالنسبة للفكر الشرقي، فإنّ الألم الإنساني يتضمن ظروفاً «خارجية» (محفّز الألم) واستجابات «داخلية» التي تأخذ محلّها في الذهن. بالرغم من أننا لا نستطيع دائماً التحكّم في الظروف الخارجية، إلا أننا نستطيع تعلم السيطرة على الاستجابات الداخلية. لما صرتُ واعياً بهاتين الفلسفتين، لم أفوّت توازي ذلك مع مراحل الألم حيث الإشارة فالرسالة فالاستجابة التي تعلّمتها في كلية الطب. في الواقع، تؤكد الفلسفة الغربية أنّ مراحل الألم الثلاث، والاستجابة في الذهن، عوامل مُسيطرة في تجربة المعاناة، والعامل الذي نستطيع التحكم به أكثر [من غيره].

«إنّ أعظم اكتشافٍ لجيلي» كما كتب ويليام جيمس (William James) ببزوغ فجر هذا القرن «أنّ الكائنات البشرية بتغيير توجيهاتهم الداخلية لأذهانهم بإمكانهم تغيير الجوانب الخارجية لحيواتهم». أبتسم كلما قرأتُ هذه العبارة ذاك أنّ «اكتشاف» ويليام جيمس تُدرّسه الديانات الكُبرى

لآلاف السنين. بعد تعرّف مثل هذه التعاليم في الشرق، بدأت بالانتباه إلى التقاليد الثرية في سيادة الذات في معتقدي، المسيحية.

خلال العصور الوسطى، على سبيل المثال ـ وقت الاضطرابات والمعاناة الكُبرى كما كان ملاحظاً ـ ابتكر القادة الدينيون سلسلة من التمارين التأملية. يتضمن أغلبها الصلوات والاستشفاء والصيام، وكانت جميع المحاور موجهة نحو الحياة الداخلية. تأمّل هذه التعليمات في «صلاة القلب (Prayer of the Heart)» عن غريغوري سيناء (Gregory of Sinai) في القرن الرابع عشر:

اجلس وحيداً وبصمت. اخفِض رأسك، أغلق عينيك، أخرج نفساً بهدوء وتخيل نفسك تنظر داخل قلبك. احمل ذهنك، الذي هو أفكارك، من رأسك إلى قلبك. وبينما تُخرج نفسك قُل: «إلٰهي، عيسى المسيح، ابسط رحمتك عليّ». قُل ذلك بينما تحرّك شفتيك بهدوء، أو قل ذلك في ذهنك. حاول أن تدفع بأفكارك جانباً. كُن هادئاً، كُن صبوراً، وأعد هذه العملية مرةً تلو مرّة.

بالرغم من أنّها وُضعت ابتداءً كمساعدات تعبّدية، فإنّ لهذه التهذيبات فائدتها المُضافة في تعليم سيادة الذات، وهو شكل من أشكال «تأمين الألم» الذي يُعاد كعوائد جيّدة في أوقات الأزمات. د. هيربيرت بينسون (Dr. HErbert Benson)، طبيب قلب في كلية الطب بجامعة هارفارد، كان قد أثبت إثباتاً حاسماً أنّ التهذيب الروحي يُساعد فيما سمّاه «الاستجابة الاسترخائية»، ذات التأثير المُباشر على الألم المُدرَك. الاستشفاء (وهو فعل الذهن) يجذب تغييرات فيزيولوجية للجسم: انخفاضاً تدريجيّاً في معدلات نبض القلب والتنفس، تغييرات في أنماط الموجات الدماغية، انخفاضاً عامّاً في نشاط الجهاز العصبي السيمبثاوي. تسترخي العضلات المشدودة، وحالة الضغط الداخلي تجد طريقها للهدوء. في دراسة أُجريت على عدد كبير من المرضى ممن لم يجدوا شفاءً من الألم

المُزمن بالأساليب التقليدية أقرّوا بأنّ الألم تقلّص بنسبة ٥٠٪ على الأقل بعد التدرّب على الاستجابة الاسترخائية. وفي دراسة أخرى أقرّ ثلاثة أرباع المرضى تحسناً ما بين المتوسط إلى الكبير. لهذا السبب، أغلب مراكز الألم المُزمن تقدّم برامج الاسترخاء والاستشفاء.

في وقتنا المعاصر، ابتعدنا عن مثل هذه الممارسات ذلك أنّ التهذيبات الروحية غالباً ما تُعدّ عجيبة ومُرهقة. وجدت أنّه يُمكن لتهذيب الروح أن يكون ذا أثرٍ غير طبيعي على الجسد، خصوصاً الألم. تساعدني الصلاة على تجاوز الألم، وذلك بإبعاد تركيزي الذهني عن أن يتمحور حول شكاوى جسمي. بينما أُصلّي، وأغذي حياة الروح، تنخفض مستويات التوتر عندي، كما يميل وعيي بالألم إلى التقلّص. لم يُفاجئني أن عرفت مؤخّراً من باحث طبي أنّ الناس ممن يعتنقون معتقداً دينياً قوياً نسبة إصابتهم بالأزمة القلبية، وتصلب الشرايين، وضغط الدم العالي والتوتر العالي أقل من غيرهم.

المُجتمع

فكرتي الأخيرة للتحضيرات المتعلقة بالألم، على عكس الآخرين، لا تعتمد أساساً على الفرد. بل العكس. إنّ أفضل ما أستطيع فعله للاستعداد للألم هو أن أُحيط نفسي بمجتمعٍ مُحب سيقف بجانبي إذا ما تعرّضت للمآسي. هذا العامل، كما خلُصتُ إليه، يعمل عمله في قدرة الهنود على التعامل مع المعاناة.

بسبب نظام العائلة المُمتدة الصارم، فإنّه من النادر أن يواجه الهندي المعاناة وحده. لما كنتُ في فيلور، رأيت عدداً من الأمثلة المميزة للمجتمع الذي يقف وقفته. كان هناك رجل يُعاني من تدرّس النخاع يُسافر سبعمئة ميل من مومباي للعلاج، تصحبه زوجته. إذا ما كان قريب عم زوجته من الدرجة الثانية ويعيش قريباً، فإنّه ما من شيء ليقلق الرجل بشأنه. كانت عائلة القريب تزور المستشفى يومياً وتجلب وجباتٍ حارّة.

كانت زوجة المريض تنام تحت السرير على حصير وتجلس قريباً لخدمته. غالباً ما كان للمرضى الذين يُعانون ألماً عظيماً فرد من العائلة يجلس قريباً منهم مُمسكاً يد هذا المريض، مُرطّباً الشفاه الجافة، وهامساً بكلماتٍ لطيفةٍ في إذنه.

ليس لديّ طريقة لقياس أثر المجتمع على تسكين الألم، إلا أنّي أعرف أنه في أرضٍ نقصت فيها عقاقير تسكين الألم وليس فيها رعاية صحية عالمية، تعلّم المرضى الاعتماد على عائلاتهم بثقة واطمئنان. لا شك أنّي رأيت كثيراً من الألم، إنّما القليل من خوف الألم والمعاناة في الهند أكثر مما رأيته في الغرب. وعموماً، كان المرضى أقلّ قلقاً حيال المستقبل. فعلى سبيل المثال، لمّا حان وقت إخراج المريض المصاب بتدرّن النخاع وبدء الرعاية المنزلية، انتقل طبيعيّاً إلى منزل ذلك القريب. وبطبيعة الحال، كانت العائلة المُضيفة تختار أفضل غرفة في المنزل، تحمل على عاتقها كل مسؤوليات الرعاية اليومية وتوفر لذلك طاقماً كاملاً. لا يفكرون في طلب أي مصروفات، حتى وإنّ طالت فترة التأهيل لشهور.

إنّ الشعور بالمجتمع يمتد إلى القرارات الطبية أيضاً. غالباً ما كنتُ أجد نفسي أتعامل مع العائلة بأكملها، أو مع المجلس غير الرسمي الذي تَختاره العائلة ليُشرف على الرعاية. يُرسل هذا المجلس مُمثلاً لمناقشتي حول القضايا ذات العلاقة: ما المخاطر التي سيواجهها المريض؟ هل الشفاء الأبدي ممكن؟ هل من المرجّح أن يعود السرطان حتى بعد إجراء العملية؟ كيف سيؤثر العمر الكبير على المخاطر؟ بعد اختباري، يعود المُمثل إلى مجلس العائلة للبت في هذه القضايا. تطلب المجالس أحياناً أفراداً من العائلة لمشاركة التكاليف والمطالبات المتعلقة برعاية المستشفى البعدية. وفي أوقات أخرى يكون لهم الحكم على نصيحتي: «شكراً لمساعدتك، د. براند، إلا أننا قررنا ما يُخالف العملية. بدا واضحاً أن خالتنا ستموت قبل ذلك بفترة طويلة، وسنجنّبها هذا الضّنك. عاشت

لوقتٍ طويل، وهذه المعالجات ستسبب صعوبات مالية للعائلة. سنعيدها إلى المنزل حيث سنرعاها حتى تموت».

لم تضايقني هذه المجالس العائلية، بالرغم من أنها كانت تستهلك وقتاً. وكقاعدة، كانت تتخذ قراراتٍ حكيمة. الأعضاء كبار السن، ممن رأى العديد من الناس يموتون في قراهم يعملون على القضايا الصعبة بشفقةٍ وحسٍّ طيّب. كما لاحظت أثر هذا النظام على المرضى أنفسهم، ممن يضعون ثقتهم الكاملة في مجلس العائلة وينظرون للعائلة، أكثر من التقنية والعقاقير، على أنّها معينهم في القوّة. لما أخبرنا مريضة أنّ حالتها في المرحلة الأخيرة، لم يعد لديها رغبة في البقاء في مستشفًى مجهز بتقنياتٍ حديثة، مُخدّرة بالمورفين. عوضاً عن ذلك أرادت العودة للمنزل حيث تُحيط بها العائلة خلال أيامها الأخيرة في الحياة.

تعاكس عندي هذ التوجّه مع ما رأيته في الغرب، حيث غالباً ما يتوجب على الوالدين كبيرَيِ السن مواجهة أيامهما الأخيرة لوحدهما. الأبناء الراشدون، المبثوثون في البلد، يتلقون فجأة رسالة مفادها أنّ أمهم تواجه خياراً طبيّاً صعباً. يركبون الطائرة التالية إلى المستشفى ويقولون للطبيب بقلقٍ مهتاج: «أوه، أيها الدكتور، يجب عليك أن تبذل كل ما هو متاح لإبقاء أمنا على قيد الحياة. لا توفّر أية تكاليف على الإطلاق. استخدم أنابيب التغذية، وأنابيب التنفس، وكل ما هو ضروري. تأكّد من أن لديها وفرة في الاستشفاء من الألم»، ثم يعودون قافلين إلى بلداتهم. إذا ما نجت الأم، فإنّها ستُرسل غالباً إلى دار الرعاية، وحدها.

إنّ الهند محظوظة بهذا المجتمع الذي هو من صلب هيكل العائلة، النظام الذي لا يستطيع، وعلى الأرجح لا ينبغي له ذلك، أن يُطبق على مجتمعٍ مختلفٍ للغاية في الغرب. إلا أنّ لدينا كثيراً لتعلّمه من مثالهم للمجتمع الواسع الذي يبتلع تأثير الألم. رأيت شيئاً مشابهاً في لندن خلال البليتز، حيث احتشدت مدينة بأكملها حول غرض واحدٍ مشترك وهو

مساعدة الناس في آلامهم. كانت قد ظهرت كتائب المساعدات التمريضية المتطوعة فجأة. بدأ الناس تفقد جيرانهم دوريّاً. المُصاب لا يُخفى، إنما يُكرّم. لِمَ، بالرغم من ذلك، يجب علينا أن ننتظر الأوقات الطارئة قبل أنّ نُشكل الحسّ المُجتمعي؟

لربما كان سببه التأثير الهندي أن مِلتُ للاعتماد على عائلتي كمجتمع داعم للألم. أقترب الآن من مرحلتي الأخيرة في الحياة. وعوضاً عن انتظار كارثة ما انتظاراً سلبيّاً، فإنّي أحاول إشراك عائلتي فيما يُمكن أن يحمله المستقبل. تبدأ العملية مع زوجتي، صاحبتي لخمسة عقود. تُعلمني مارغريت بعض التعقيدات المتعلقة بالعناية بالمنزل حيث لم أتقنها أبداً وأنا أعلّمها كيف تتابع الحسابات حتى إذا ما توفيت قبل وقت الضرائب فلن تشعر أنها مُحاصرة. أعترف، أنّ كلينا قلق بشأن احتمالية اعتماد أحدنا على الآخر. ماذا إذا صار أحدنا غير كافٍ؟ ماذا إذا ما أصيب بجلطة وفقد وظائفه الذهنية؟ عانت مارغريت مرّة من فقد شبه كامل لكن مؤقت للذاكرة بسبب حادثة سقوط سيئة، الحادثة التي عرّفتني ما يمكن أن يحصل. معاً، نُحاول تجاوز أي شعور بالخزي حيال الاعتمادية.

المجموعة المساندة صارت مجتمع الألم المُشترك. كما يُمكن للكنيسة والمعبد أن يكونا كذلك. لربما احتجتُ أنا ومارغريت إلى المساعدة لتجاوز بعض الحالات الطارئة، ونعرف أنه يمكننا الاعتماد على مجتمع لكنيسة ليحمل معنا همّنا. كنُا أينما عشنا نتطلّع حولنا ونجد أنّه من حظنا أن نجد كنيسة راعية. في الحقيقة، كنيستنا الحالية كانت قد اتخذت خطوة بعيدة المدى بإطلاقها خطة للإيواء [ينفذها] اثنان وثلاثون متطوعاً، كانوا قد تلقوا تدريباً ضمن إطار برنامج مستشفىً محلّي. سنساعد الآخرين ما دُمنا نستطيع ذلك، فإذا ما احتجنا المساعدة يوماً ما، فسيساعدوننا.

برنامج الإيواء يُحررنا من بعض القلق الذي ينتابنا عند الاستعداد للموت. عملنا أيضاً على وثيقة «تعهّد العيش (living will)» ووقعناها حيث

تنصّ على قيود صارمة تتعلّق باستخدام مُطيلات الحياة الصناعية. الموت أحد أصدق حقائق الحياة، طبعاً. أثق بكلمات المزموري (The Psalmist) [لما قال]: «أي نعم، بالرغم من أني أسير في وادي يظلله الموت، فإنّي لا أخشى شرّاً؛ ذلك أنّك معي». عرفت أن أفضل طريقة للتخلّص من مخاوفي حول المرض الختامي وحول الألم العظيم هي مواجهتهما مقدّماً، أمام الرب، وداخل مجتمعٍ سيشاركني إياهما.

١٦
إدارة الألم

«إنّه التشويه بعينه أن يُصوّر الإنسان على أنّه بِدعة تترنّح وخطّاءة ودائماً ما تحتاج إلى الرعاية والترقيع، ودائماً ما تكون على حافة الانهيار والتشظّي، هذه هي العقيدة التي غالباً ما يسمعها الناس والأبلغ في جميع وسائل إعلامنا . . . إنّ السر العظيم للطب، الذي يعرفه الأطباء وما زال خفياً عن العموم، هو أنّ أغلب الأشياء تتحسن من تلقاء نفسها»

لويس تومسون (Lewis Thomson)

بغض النظر عن مدى استعدادنا للألم، فإنّه دائماً ما يأتي مفاجئاً. انحنيت لالتقاط قلم رصاص وفجأة شعرت كأنّما شوكة غُرزت في ظهري. تحوّل اهتمامي فوراً من الاستعداد للألم إلى إدارة الألم، والفرق بينهما كالفرق بين تدريبات في سان فرانسيسكو (San Francisco) والهزّة الأرضية الحقيقية. ما من جهد في التخطيط يُمكنه أن يُعدنا إعداداً تامّاً للوقت الذي تتغير فيه الأرض، دون إنذار.

سبق أن عبّرت عن شكي بأنّ، في الدول الغربية على الأقل، الناس تتم تربيتهم على كفاءةٍ أقل في التعامل مع الألم والمعاناة، ويزداد هذا الانخفاض في الكفاءة مع مرور الوقت. إذا ما أُطلقت صفارة إنذار الألم، فإنّ الإنسان العادي تقل ثقته بموارده بينما تزيد حيال «الخبراء». أعتقد أنّ

أهم خطوة في إدارة الألم هي عكس العملية. نحتاج في الطب إلى استعادة ثقة مرضانا بأقوى شافٍ في العالم: الجسم البشري.

يميل الأطباء إلى المبالغة في [إظهار] أهمية دورهم في التخطيط للأحداث، ولهذا السبب أحب المشهد التصحيحي الموصوف في فيلم «ذا هيلينغ هارت (القلب المُعافي The Healing Heart)». في غرفة الطوارئ في المستشفى، يقف عميد كلية الطب في جامعة كاليفورنيا (UCLA) إلى جوار أفضل أطباء القلب في الكلية منتظرين وصول مريضٍ رفيع المستوى يُعاني من فشل القلب. فجأة تنفتح الأبواب المهتزة وتدخل النقّالة عبرها. المريض ـ نورمان كوزينز (Norman Cousins) ـ يجلس، يُكشر ثم يقول: «أيّها السادة، أريد أن تعلموا أنكم تنظرون إلى أغرب آلة استشفاء تم حملها على العجلات إلى هذا المستشفى». لا أعرف طبيباً سيختلف جادّاً مع عبارة كوزينز[1].

فرانز إنفغيلفينغر (Franz Ingelfinger) المحرر البارز لمجلة نيو إنغلاند جورنال أوف ميديسن (New England Journal of Medicine) الطبية ولسنوات، قدّر أنّ ٨٥٪ من المرضى ممن زاروا طبيباً لديهم «حد ذاتي من الأمراض» دور الطبيب، على حد قوله، أن يتحسس النسبة الباقية ممن تحتاج فعلاً المساعدة مقابل النسبة الكبرى التي تعالج أمراضهم أجسادهم بنفسها.

لمّا درست الطب لأول مرة، في الفترة التي تسبق اكتشاف البنسيلين، كانت الموارد التي نقدّمها محدودة، وكان الطبيب نظراً لضرورة ذلك يعمل مُرشداً أو مستشاراً [أكثر من عمله طبيباً]. إنّ أهم شخصٍ في

---

(١) خُذ هذا المثال فقط، إذا ما أجبرنا نحن الأطباء بأمرٍ غريب على أن نختار لأنفسنا إمّا (١) الجهاز المناعي البشري لوحده أو (٢) كل الموارد المتاحة والتقنيات العلمية مع فقدان جهازنا المناعي، سنختار دون تردد الخيار الأول. إنّ مرض الإيدز يكشف عجز التقنيات الحديثة برمّتها إذا ما تعطّل الجهاز المناعي للإنسان: الالتهاب الرئوي (pneumonia) تقرّحات البرد وحتى الإسهال لربما تسبب بخطرٍ قاتل. (المؤلف).

العملية دون شكٍّ كان المريض، الذي يُقرر استعداده في المشاركة في خطة التعافي وإلى حدٍّ كبير المُخرجات. الآن، بنظر المريض على الأقل، انقلبت الموازين: يميل المريض إلى اعتبار الطبيب الطرف الأهم.

تعقّد الطب كثيراً، وصار نخبويّاً حتى إنّ المرضى يشعرون بالعجز، ويشكّون بما إذا كان لهم أدنى إسهام في الصراع ضد الألم والمعاناة. غالباً ما يرى المريض نفسه ضحيةً، قُرباناً يستكشفه الخُبراء، وليس شريكاً في التعافي والاستشفاء. وأكثر منه الإعلانات في الولايات المتّحدة التي تُغذي الضحية ذهنيّاً بتكييفنا أن نعتقد أنّ بقاء الإنسان صحيحاً سليماً موضوع معقّد وأبعد من أن يحصّله الإنسان العادي. يتكوّن لدينا الانطباع بأنّنا، دون الفيتامينات المغذية، والمطهّرات، ومسكّنات الألم والاستثمار السنوي لمليارات الدولارات في المجال الصحي، فإنّ وجودنا الهش سرعان ما ستقترب نهايته.

الطبيب في الداخل

ينظر العديد من المرضى إلى أجسامهم بشعور من الانفصال وحتى الخصومة. ما إن يُعلن الألم أنّ جزءاً من الجسد قد عُطب، فإنّ الشخص المتأثر، شاعراً بالعجز والجزع، يسعى لإيجاد طبيب ميكانيكي ليُصلح الجزء المعطوب. جاءني شاب بعلة لا تكاد تُذكر إلا أنها تعكس التوجّه العصري [للألم والمرض]. كان عازف غيتار مبتدئ يشتكي لي من الأماكن الغضّة في أنامله، وسأل: «ألا يمكنك أن تفعل شيئاً لهذه الأماكن المتقرحة؟ أستطيع أن أعزف لنصف ساعةٍ فقط قبل أن أتوقف. وبهذا المعدل، لن أتعلم أبداً العزف على الغيتار».

حصل هذا الموقف بينما كنتُ قد مررت بتجربة شخصية لمشكلة مُشابهة. في سنة من السنوات حين كنت في كلية الطب، قضيت الصيف مُبحراً على مركب شراعي في البحر الشمالي (the North Sea). في الأسبوع الأول، وبينما كُنت أسحب الحبال الثقيلة لتوجيه الشراع،

تقرّحت أصابعي للغاية حتى إنّها نزفت وأبقتني يقظاً في الليل متألّماً. خلال الأسبوع الثاني، تكوّنت النتوءات ولم ألبث حتى غطّت النتوءات السميكة أصابعي. ثم لم يعد عندي أي إشكالية مع النسيج الغض ذلك الصيف، إلا أنّي ما إن عُدت إلى كلية الطب بعد شهرين، حتى وجدت الذي ضايقني وهو أنّي قد فقدت مهاراتي الخفيفة في التشريح. النتوءات جعلت من أصابعي أقل حساسية وصار من الصعب عليّ الإحساس بالأدوات. أمضيت الأسابيع التالية قلقاً من أنّي قد دمّرت مستقبلي كجرّاح. إلا أنّه وتدريجيّاً اختفت تلك النتوءات مع حياة الدعة وعادت حساسيتي.

قلت للعازف الشاب: «يخضع جسمك لعملية التكييف حاليّاً. تُظهر النتوءات أن أصابعك في طور التعوّد على الضغط الجديد عبر الأوتار الصلبة. إنّ جسمك يؤدي لك خدمة وذلك ببناء طبقات وقاية إضافية. أما بالنسبة للنسيج الأملس، فإنّه مرحلة مؤقتة وينبغي أن تكون ممتنّاً له». أخبرته عن مرضى الجذام مُنعدمي الحسّ ممن يُدمرون أيديهم في محاولة تعلّم العزف على الغيتار أو الكمان نظراً لانعدام إنذارات الألم لديهم لتمنعهم من التمرين المستمر. يلتزم آخرون بجدول تدريب صارم بحيث يتيحون لأنسجتهم فرصة تكوين النتوءات. (يستجيب نسيج الجلد إلى المحفّز على المستوى الموضعي حتى وإن لم يتلقَّ الجسم أبداً استشعارات الألم).

أخفقت في إدارة عازف الغيتار، الذي خرج من عيادتي مخذولاً من أنّي لم «أصلح» يده. بدا أنّه وبطريقة غريبة ما، يُذكرني بطريقة مُبهمة بمرضاي المصابين بالجُذام، قد انسلخ من جسمه. يده كانت أداة - مزعجة غالباً، حقّاً - جلبها لي أنا المتخصص في الجسم، لإصلاحها. صار هذا التوجّه المعتاد الغالب للمرضى المُعاصرين.

من المؤسف أنّ المتخصصين الطبيين يُعزون هذا التوجّه أحياناً.

ألتقي ضمن لقاءات منظمة مجموعات من طلبة كلية الطب وأسألهم عن مخاوفهم في المجال. كانت الاستجابة المعتادة التي أتلقاها تتمحور حول الكلمة الخرقاء انعدام الشخصية، حيث قالت لي امرأة شابة ذكية مرّة: «اخترت الطب من واقع شعورٍ بالشفقة ورغبةٍ في التخلص من المعاناة. إلا أنّي أجد أنّي أستغرق أكثر فأكثر في فكرة أنّه يجب عليّ مُحاربة الكلّبية (cynicism). لا نتكلم كثيراً عن المرضى هنا؛ إنّما نتحدث عن «الأعراض» و«فشل الإنزيمات» يُشجعوننا على استخدام كلمة «العميل» عوضاً عن «المريض،» مما يحمل ضمنيّاً معنى أننا نبيع خدماتنا بدلاً من خدمة المرضى. يتحدّث بعض الأساتذة الأصغر عن المرضى كما لو كانوا مُعلنين. يقولون: «تحاشَ المرضى الأكبر عمراً، إذ هم شكّاؤون شكاياتٍ مُزمنة، وسيضيّعون كثيراً من وقتك، نقضي ساعاتٍ في دراسة أحدث تقنيات التشخيص عبر التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) والتصوير المقطعي المحوسب (CAT)، إلا أنّي لم أحظَ أبداً بجلسة تعليمية واحدة فيما يتعلّق بأساليب [التعامل مع المريض]. بعد فترة، يسهل نسيان أنّ «المنتج» الذي نتعامل معه هو كائن بشري».

كنتُ أطأطئ إذا ما سمعت مثل هذه الكلمات، وأتفكّر بامتنان لأساتذتي القُدامى ذوي الأساليب القديمة، مثل: إتش. إتش. وولارد، الذي كان يُعامل حتى الجثث بتبجيل، وغويني ويليامز، الذي لربما انحنى إلى سرير المريض، إلى مستوى العين، ليُقلل خوف المريض ويساعده على الاسترخاء. إنّ المنهجية الطبية الحيوية الحالية، التي نقلت التركيز من المريض إلى المرض، علّمتنا كثيراً حول الأعضاء العدائية، إلا أنّ ذلك على حساب التقليل من شأن إسهامات المريض. لم نجرؤ على السماح للتقنية بأن تفصلنا عن مرضانا، ذلك أنّ هناك ما لا تستطيع التقنية فعله. لا يمكنها الإمساك بيدك، وبث الثقة، وجعلك شريكاً في عملية الاستشفاء. باستخدامها بحكمة، ينبغي أن تكون التقنية خادمةً للبشر في الطب وذلك بالتعامل مع الحقائق والبيانات مما يُمكن الطبيب من قضاء

وقتٍ أطول مع المريض بحيث يُمكنه أن يُمارس مشاعر الحنان والشفقة. إنّ الحكمة الإنسانية لا تأتي إلا من العقل الإنساني.

عند النظر إلى الأمر بنظرة سطحية، نجد أنّ مهمة الطبيب تتطابق مع مهمة المهندس ـ كلاهما يُصلح أجزاءً ميكانيكية ـ وذلك ظاهرياً فقط. إننا نعالج شخصاً، وليس تشكيلةً من الأجزاء، والشخص [يعني لنا] أكثر بكثير من جسدٍ معطوبٍ بحاجة لإصلاح. إنّ الجسم الإنساني، على خلاف أي آلة، يتضمن ما سمّاه شوايتزير «طبيباً داخليّاً» وهي القدرة على إصلاح نفسه بنفسه وللتأثير تأثيراً واعياً على عملية الاستشفاء. إنّ أفضل الأطباء أشدّهم تواضعاً، ممن يصيخ سمعه لجسد عمل على مساعدته فيما يعمل عليه غريزيّاً أصلاً. والحق يُقال بأنّي في إدارة الألم لم يكن لديّ الخيار إلا أن أعمل شريكاً: يحدث الألم «داخل» المريض، والمريض وحده هو من يقودني.

عرفت كثيراً عن إدارة الألم ابتداءً عبر جراحة اليد، حيث ينبغي على كل الأطراف أن تكون متأهبة للألم. إذا ما جرحت يدك وقدمت لي لأجل الجراحة، سيتتبع كلانا الألم ليساعدنا في توجيه عملية الاستشفاء. أستطيع إخراس الألم اصطناعيّاً قبل جلسات العلاج الطبيعي لإشعارك بالراحة، إلا أنّي إذا ما فعلت ذلك فإنّك لربما (كما فعل مرضاي المصابون بالجُذام) حرّكتها بعنف وقطعت الأوتار المزروعة. ومن جانب آخر، إذا ما تجنّبت أي حركة تسبب أدنى ألم، فإنّ يدك ستتصلّب، ذلك أنّ النسيج المندوب سيملأ الفراغات وسيُجمّد حركة اليد. أنت وأنا معاً ينبغي علينا السعي خلف حد الألم والمرور عبره ثم تجاوزه.

إنّ أفضل برنامج تأهيل، وجدته حتى الآن، أن أقنعك بحقيقة أنك تفعل ذلك كلّه بنفسك. قمت بعملي لما أعدت ترتيب العضلات والأوتار، وكل ما عدا ذلك يعتمد عليك. سيتوجب على جسمك الآن أن يعيد وصل الأعصاب والشعيرات الدموية التي قطعتها، ويتعامل مع النسيج المندوب

والكولاجين. ربطت الأوتار بأماكنها الجديدة بقطبات رفيعة: بينما الأرومات الليفية (fibroblasts) ستقدّم الدعائم القوية الدائمة. ستُعاير عضلاتك الضغط الجديد وتضيف وحدات تُسمى القسيمات العضلية (sarcomeres) أو تتخلص منها، بحيث تغطي أخطاء الجرّاح. سيتعلّم دماغك برامج جديدة للحركة. وبينما يتعافى الجرح، سيتوجب عليك أن تحرّك يدك. إنّ هذه اليد مِلكُك أنت، وأنت وحدك من يملك أن يجعلها تعمل مرة أخرى.

في عيادة كارفيل وفّرنا الأدوات التي يُمكن أن يستخدمها المرضى كتغذية راجعة حيوية لعملية الاستشفاء. باستخدام مجسّ مقاوم للحرارة، فعلى سبيل المثال، بإمكانهم متابعة تغيرات الحرارة في الغضاريف: ترتفع الحرارة مع النشاط وتنخفض بعد الراحة، إلا أنها تظل عالياً إذا ما أدّى المريض تمريناتٍ مُجهدة. تخبر المريض بالانتفاخ المتوقع، ثم نعطيهم مرطبَيْ قياس بحيث تدخل اليد فيه. ارتفاع مستوى الماء يعكس ما إذا كان المريض قد فعل شيئاً تسبب في انتفاخ كبير حتى وإن كان شيئاً بسيطاً كوضع اليد المُصابة حول الخصر. نُعلّم المرضى هذه الأيام أن يتحملوا المسؤولية الشخصية لعملية تعافيهم حتى وإن كانوا قد فقدوا المراقبة الداخلية للألم.

ما من أداة، بالرغم من كل ذلك، بإمكانها قياس أهم عامل في معالجة اليد دون شك، ألا وهو: نيّة المريض في التعافي. الذهن، وليس خلايا اليد المصابة، سيقرر المرحلة الأخيرة للتأهيل، ذلك أنّه ودون تحفيز قويّ فإنّ المريض لن يتحمّل وببساطة مبادئ التعافي.

إنّ أقلّ مرضى جراحة اليد تفضيلاً عندي ممن يخوضون جلسات التقاضي في الإصابات الناتجة عن العمل. إنّ لدى هؤلاء الرجال والنساء حافزاً قويّاً ألا تتعافى أيديهم تماماً، ذلك أنّ الإعاقة الدائمة تعني تسوية مالية أكبر. غالباً ما تنخفض عتبة الألم لديهم أكثر فأكثر حتى إذا ما

شعروا بأول وخزة ألم انسحبوا من تمرينات العلاج الطبيعي. إذا ما أفلحوا في تجنب الألم برمّته، يُرجّح أن يصابوا بالإعاقة الدائمة. (في دراسةٍ أُجريت عام ١٩٨٠م أظهرت أنّ الناس في بريطانيا العُظمى وبتعرّضهم لحوادث العمل الصناعية تكون عودتهم أبطأ بمعدل ٢٥٪ مقارنةً بأولئك ممن تعرّضوا لحوادث الطريق. كان السبب المشتبه به أنّه: في تلك البلد، كانت الإصابات الناجمة عن الحوادث الصناعية تُعوّض تعويضاتٍ أفضل، مما لا يحفّز المريض كثيراً على التعافي).

وعلى العكس من ذلك كان أحد أفضل مرضاي حيث كان نزيلاً في سجن الولاية في لويزيانا حيث أصيبت يده إصابة شديدة بسبب طلقة نارية حتى إنّي طبّقت بعض أساليب نقل الأوتار الجديدة خلال العملية الجراحية. توقّعت أن يخضع المريض لمعالجة فيزيائية مكثّفة، دون ضمانة لأي نجاح. إلا أنّه، كما عرفنا لاحقاً، أنّ لدى السجين حافزاً قويّاً لاستعادة عافيته سريعاً. خلال فترة نقاهة ما بعد العملية، أزال الجبيرة اللاصقة، تحرر من أصفاده ثم هرب. رأيته لاحقاً في مستشفًى آخر، ما زال حرّاً طليقاً. اليد المُتضررة تعافت تماماً: كانت حاجته المُلحة لاستعادة الاستخدام الفعال لها، المنضبطة بالألم فقط، كانت قد قدّمت البيئة المثالية للتعافي التام.

إن سبب المسائل الذاتية مثل «حافز التعافي» ذات الثقل في عملية إدارة الألم مرده المراحل الثلاث للألم: الإشارة، والرسالة، والاستجابة. بعد العملية، تمتلك يد المريض استشعاراً غامراً [يعبّر عنه بقوله]: «تؤلمني يدي»، إلا أنه وكما رأينا، فإنّ هذا الاستشعار ما هو إلا ابتكار ذكيّ من الذهن: ما يؤلم حقّاً الصورة المحسوسة لليد المحفوظة في النخاع الشوكي والدماغ. ما دام الألم يتضمن المراحل الثلاث للإدراك، فإنّه ينبغي لإدارة الألم الفاعلة أن تأخذ في الاعتبار كل مرحلة من هذه المراحل.

الإشارة

ينتبه أغلبنا للألم في المرحلة الأولى: نفتح دولاب الأدوية ونختار علاجاً مصمماً لحبس علامات الألم في موضع النسيج المتضرر. الأسبرين أكثر العقاقير استخداماً حول العالم، يؤدي عمله في هذه المرحلة. (بالرغم من أنّ المواد المُشابهة للأسبرين كانت قد تم استخلاصها من شجر الصفصاف عام ١٧٦٣م واستخدمت لعلاج التهاب المفاصل والحمّى، إلا أنّه استغرق العلماء مائتيّ عام لتعرّف ما يجعل الأسبرين فعّالاً) إنّه يمنع إنتاج شيءٍ يُسمى البروستاغلاندين (Prostaglandin) في النسيج المتضرر، إلا أنّه يحبس الاستجابات الطبيعية للانتفاخ والحساسية العالية.

تعمل العقاقير الأخرى الشهيرة عملها على النهايات العصبية مُباشرة، بحيث تعترض قدرتها على إرسال إشارات الألم. بخاخات حروق الشمس والعلاجات الموضعية للقطوع والجروح وتقرحات الفم غالباً ما تحتوي على هذه الكمياويات، كما تحويها المواد الأقوى المستخدمة في التخدير الموضعي على يد أطباء الأسنان والأطباء في العمليات الجراحية الصغيرة.

أتأنى فيما يتعلق بالتدخل بإشارات الألم في الأطراف. كوني قضيت حياتي بين الذين يُدمرون أنفسهم بسبب انعدام الألم، أجدني أثمّن هذه الإشارات. لا يختلف التنفيذي المتعجّل الذي يبتلع حفنة من الأسبرين والمسكنات بعد يوم عمل شاقّ عن صاحب كمال الأجسام الذي يقبل بحقنة مسكن للألم قبل منافسة مهمة حيث يتجاوز كلاهما المبدأ الأساسي لنظام الألم. تُبلّغ إشارات الألم في المرحلة الأولى بصوتٍ عالٍ وبإصرار حتى تصل رسائلها إلى الوعي ليُجرى تغيير في السلوك. إنّ إخراس الإشارات دون تغيير السلوك يستدعي خطراً مُحدقاً: سيشعر الجسم بأنه أفضل بينما حالته تسوء. لا شك أنّ مُسكّنات الألم كالأسبرين تقدم ما

تقدمه من منافع؛ كالنوم الجيد ليلاً وتخفيف التورّم، إلا أنّي أعتقد أنّه وفي كل حالة علينا أن نأخذ بالحسبان الاستخدام الإيجابي للألم، ثم التصرف بطريقة تُحقق لنا التوازن المناسب.

أستدعي مرة أخرى تجربتي في معالجة اليد. ما لم نتمكن من إقناع مرضانا بقبول شيء من الألم كجزء من برنامج التأهيل، فإنّ الغضاريف ستتيبس وستصبح اليد صلبة. يقول بعض المرضى: «أعطني بعض العقاقير لإيقاف ألمه، وسأؤدي التمارين بسرور». إنهم مصيبون تماماً. الجراحون في العصر الحديث، قبل إغلاق اليد، لربما تركوا قسطرة دقيقة بجانب العصب بحيث يدخل التخدير الموضوعي إلى داخل الجرح؛ ومن ثم يؤدي مرضاهم التمرينات التي لربما مانعوها في حالة أخرى، لتسريع عملية التعافي. لا أعارض هذه الممارسة، إلا أنّي تعلمت أن أحتفظ بها لاستخدامها مع مرضاي الأحرص والأكثر تعاوناً. يحتاج أغلب المرضى معرفة حد تحمّل الألم إذ دونه يميلون للتحرك بعنف والتسبب في انفتاح الجرح. إنّ مفتاح إدارة الألم هو إدراك العلاقات ما بين مراحل الألم. سأحبس إشارات الألم في المرحلة الأولى إذا ما كنتُ واثقاً بأنّ مرضاي سيتحملون المسؤولية عن وصول الألم للمرحلة الثالثة، وهي الاستجابة الواعية. [حيث سأسأل]: هل سيتبعون الإرشادات الدقيقة التي استعرضها المُعالج حتى عند غياب الألم؟

عند مواجهتي للألم فإنّي أفضّل مجابهة المراحل الثلاث جميعها مرة واحدة. يبدو من المناسب أن أبدي استجابة موحدة للاستشعار الذي ينخرط فيه جسمي للغاية. منذ سنوات خلت، كانت لديّ مشكلة في المرارة. لما شعرت أوّل ما شعرت بإشارات الألم الملحّة (المرحلة الأولى) في الجزء العلوي من معدتي، لم يكن لديّ أدنى فكرة عن الخطر الذي كانت تحاول تحذيري منه. كان ألماً حادّاً ومسبباً للتشنّج، أشد بكثير من عسر الهضم. لم تُجْدِ مضادات الحموضة نفعاً. موضع الألم

رجّح احتمالية أن المشكلة في المرارة أو البنكرياس. كان عمري مناسباً للإصابة بالسرطان، وفي الوقت الذي زرت فيه الطبيب كنتُ قد أدخلت نفسي في دوامة الوساوس والمخاوف.

أظهرت الأشعة السينية أنّ لديّ حصوة المرارة، وليس السرطان، وهي حالة مؤلمة طبعاً إلا أنّه تسهل معالجتها بالجراحة. شعرت بالحمق حيال رد فعلي المذعور. استمرت آلام المعدة، إلا أنّها بدت أقل. بالرغم من أن إشارات الألم ذاتها لم تختفِ، فإنّ إدراكي لها (المرحلة الثالثة) تغيّر بلا شك لما انخفض مستوى قلقي.

بسبب صعوبة جدولة العملية الجراحية لمرارتي [حينها] تأجّلت لأشهر. الألم الذي سببته حصوات المرارة والكلى سجّل معدلاتٍ عاليةً جدّاً في مخطط الكثافة، وفهمت الآن السبب. كانت لدي فرص عديدة لممارسة سيادتي على الألم (وفرص عديدة أخرى لإعادة التفكير بفلسفتي «شكراً للرب على الألم»!). أظن أنّي لم أخرج من عباءة الروح الصبيانية التي جعلتني أقاوم إغراء الأسبرين، ذلك أنّي كنتُ وباستمرار أحاول تجنّب الهرع نحو دولاب الأدوية لتناول مسكن الديميرول (Demerol).

الهجمات الليلية كانت الأسوأ. أتذكر ليلة صعبة صعوبةً استثنائية لما نزلت من السرير، مرتدياً الروب، سائراً في ممرات المجذمة بقدميّ الحافيتين. ليلُ لويزيانا مُشبعٌ بالبخار، وحيّ بالأصوات. تنقّ الضفادع في جوقاتها في البحيرة، والصراصير والحشرات الأخرى تسدّ لحظات الصمت في نوتاتها. نيل (Nell)، كلبتنا المهجّنة اللعوب، تسبقني، جذلةً بالتمشية غير المجدولة في هذه الساعة الغريبة.

تعمدت المشي في الطرق المرصوفة بالأصداف التي جُرفت من الشواطئ الجنوبية. كانت الأصداف حادة للغاية، ومؤلمة للقدم الحافية. كان عليّ تخيّر خطواتي بحذر وإنزال قدميّ بحذر شديد، واستبدلت ذلك

بالمشي على العشب الرطب. بمشيي طوال الطريق، كنتُ ألتقط غُصينات وأحجاراً وأتحسّسها بأصابعي. كل هذه الحركات الصغيرة تُساعد على محاربة الألم: سيلُ الاستشعارات من الأصداف إلى قدميّ الحافيتين بتنافس مع إشارات الألم القادمة من مرارتي ويُخفضها إلى حد ما. الألم الذي أشعر به الآن مختلف تماماً ـ ويُمكن تحمّله أكثر بكثير ـ عما أشعر به في غرفة النوم المُظلمة والهادئة.

لستُ متأكداً من الوقت الذي بدأت فيه الغناء. أظنّ أني تحدثت أولاً، مُعبراً بصوتٍ عالٍ للرب عن عجبي وتقديري لهذه الأرض الطيبة حولي والنجوم اللامعة فوقي. ثم وجدتُ نفسي أغنّي بضع سطورٍ من ترنيمة مفضلة لديّ. بدأت العصافير بالحركة وانتشرت في اضطراب. حكّت نيل أذنيها وتطلعت بحيرة. نظرتُ حولي، واعياً بنفسي، وفجأة انتبهت للموقف الذي سيحصل إذا ما قبض حارس النوبة الليلة على الجراح المخضرم في الخارج عند الساعة الثانية صباحاً، حافيَ القدمين، يرتدي ملابس النوم، ويغنّي ترنيمة.

ما زال ذلك المساء جوار النُهير يُشرق في ذهني. في أوقاتٍ أخرى، خاصة إذا ما احتجت للنوم ليلةً كاملة، كنتُ أتناول مسكنات الألم لإخراس الألم الذي أشعر به وسط ظلام غرفة نومي وهدوئها. إلا أنّي اصطففت تلك الليلة مع جسمي في جولةٍ تركّز على الألم الذي نهشني بوقاحة حتى أخرجني من سريري. بالمشي على الطريق المرصوف بالأصداف، كُنتُ قد أوجدت إشاراتٍ للألم في المرحلة الأولى جديدة ويُمكن تحملها حيث تدفقت إلى بوابة النخاع الشوكي، مُؤثّرةً على المرحلة الثانية. وانتباهي للعالم حولي عزّز المرحلة الثالثة، جالباً حالة من الهدوء والسكينة. تشنّجت العضلة ومعها انحسر الألم الممض أخيراً، ثم قفلت عائداً إلى سريري رجلاً جديداً ونمت الليلة كلها.

رسالة

إذا ما نويت استثمار مئات الدولارات في المحفّز الكهربائي تحت الجلد (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator)، لربما بقيت في السرير. هذا المحفّز يُقدّم وبشكل مثالي منهجية حديثة في إدارة الألم. يتكوّن من جهاز يعمل بالبطارية بحجم جهاز المذياع المحمول (Walkman) ويولّد تيارات كهربائية دقيقة تمر عبر قطبين إلكترونيين بمطاط كاربوني. مثبتاً على الجلد وموجهاً على عصب، يُنتج هذا الجهاز استشعاراً واخزاً طفيفاً، حيث يستطيع حامله تعديله بحيث يرفع مستواه أو يخفّضه بناءً على كثافة الألم (توصّل أجهزة أخرى التيارات الكهربائية إلى أقطاب كهربائية مصنوعة من البلاتينيوم مزروعة جانب الأعصاب أو حتى في النخاع الشوكي، إلا أنّ محفّزات الجلد تتفوق عليها؛ ذلك أنّها تتفادى مضاعفات العملية).

أذلك بسبب التمسك بالطريقة القديمة التي تجعلني أفضل أصوات التيار النهري وتحسس الأصداف المرصوفة على الاستشعارات الكهربائية الواخزة؟ يعمل كلا الأسلوبين جزئيّاً على توليد إشارات عصبية جديدة تسيطر على «بوابة» النخاع الشوكي. تؤكّد نظرية التحكم ببوابة النخاع الشوكي بأنّ الأعصاب من النخاع الشوكي تمر عبر قناة دقيقة نسبيّاً تقع تحت النخاع المستطيل (medulla oblongata) في الدماغ، وإذا ما حدث أن تمّ التضييق على ذلك الازدحام باستشعارات خارجية، فإنّ رسائل الألم تميل للاختفاء. غرِقةً بالمنافسة، قليل من إشارات الألم تتحول إلى رسائل تحوّل للدماغ.

إنّ فاعلية هذا الجهاز المحفّز تختلف من مريض لمريض، إلا أنّي لاحظت منفعة إيجابية واحدة إذا ما عرف المريض المصاب بألم مزمن أنّ لديه نوعاً من التحكم بالألم وذلك عن طريق إدخال رقمٍ في آلة، فإنّ الألم سيبدو فجأة وكأنّه أقل تهديداً، ويُمكن تحمله أكثر. بهذه الطريقة

[أي: باستخدام الجهاز المحفّز]، ستكون مُعالجة الألم الموجّهة في المرحلة الثانية ذات أثر أيضاً على إدراك الألم في المرحلة الثالثة. إنّه يُخفض الخوف والقلق، المضخّمين الشائعين للألم. وبمرور الوقت، لربما توقف المريض عن استخدم الآلة بالمرّة. يكون المريض حينها، في حال لم يُصاحب الألم، قد تعلّم التعايش معه على الأقل. إنّي أقرّ صادقاً من قلبي بقدرة هذا التمرين في التسيد على الألم، بالرغم من أنّي أقر بتحيزي إلى تمشية منتصف الليل، وفرشاة الشعر، والحمامات الساخنة كوسائل لتحقيق النتيجة نفسها.

إنّ مجال طب الأسنان جرّب المحفّز الكهربائي تحت الجلد أيضاً. لمّا يعتبر أغلب المرضى الإبرة أنّها أفظع جزء من رعاية الأسنان، ظلّ الباحثون في سعيٍ دؤوب لإيجاد أساليب تقدم تخديراً دون إبَر. في أحد هذه الأساليب، قام طبيب باستخدام المحفّز الكهربائي تحت الجلد ووضع القطب الكهربائي الدقيق على يد المريض، والآخر خلف أذنه، والثالث ملفوفاً بقطنٍ إلى جوار الضرس المتضرر. كان التيّار الطفيف بقوة ١٥,٠٠٠ دورة في الثانية الواحدة قد خلّص المريض من الألم بالتأثير نفسه الذي كانت لتفعله مادة النوفكايين، وذلك بحسب أغلبية العينة.

العديد من العقاقير الموصوفة تشبه ذلك حيث تُباشر الألم في مرحلة الرسالة. إنّ خصائص تسكين الألم في الأفيون وُجدت في أكثر التاريخ الموثّق، كما أنّ أنواعاً شتّى من نبات الخشخاش تُزرع حول العالم. لم يكن إلا في زمنٍ قريب أن اكتُشف أنّ هذا العقار يعمل عمله مُباشرة على النخاع الشوكي كما الدماغ. الجزئيات من نوع الأفيون (تتضمن عائلة الأفيون العقاقير القوية مثل مخدّر الكودين والمورفين والهيروين) كانت تهجم على مُستقبلات التخدير في أماكن من النخاع الشوكي، وتبطّئ المعدل الذي تنطلق فيه الخلايا وتخفّض عدد الرسائل المُرسلة للدماغ. بعض الأساليب المتعلقة بجراحة فوق الجافية تُقطّر المُخدّر مُباشرة في

النخاع الشوكي مما يؤثّر على جذور الأعصاب الحسية التي تتخذ طريقها إلى النخاع الشوكي، وهو التخدير الدقيق الذي يُمكن أن يُخلّص [المريض] من الآلام المُمضّة كألم سرطان البنكرياس(١).

إنّ أكثر أساليب إدارة الألم ثوريةً هو الجراحة الغازية (invasive surgery)، والإجراءات الجراحية التي تستهدف المرحلة الثانية تبدو أنّها واعدة أكثر، إلا أنّها لم تتأكد تماماً. الجراحة التي تُباشر الألم في المرحلة الثالثة، داخل الدماغ نفسه، تتضمن مخاطرة عالية، وغالباً ما تُخفق في حل المشكلة: بعد انتكاسة قصيرة، سيعاود الألم الظهور. لربما ساعد قطع الأعصاب الطرفية التي تنتج إشارات الألم في المرحلة الأولى في التخلّص من بعض الآلام المزمنة، خاصة الألم العصبي الوجهي (facial neuralgia)، إلا أنه لا ضمانة أنّه سيحبس الألم في أصله الذي ينتهي إليه.

إنّ الظاهرة المعقّدة للألم لا يُمكن «إصلاحها» بسهولة، ولا حتى على يد أفضل جراح في العالم. قرأت مرة تقريراً حول قائد سيارات سباق فقد ساعده الأيسر في حادث سباق. عانى الرجل ألم العضو الوهمي، وبعد تجربة الاستزراع الكهربائي في الأعصاب في ذلك الموضع وحيث لم يتغير شيءٌ للتخلص من الألم، فتح جرّاحه النخاع الشوكي. وقد أدهشه أنّ الأعصاب التي تمتد من الذراع إلى النخاع الشوكي كانت قد قُطعت في الحادث. ليس من الممكن أن تأتي إشارات الألم من الطرف، والنخاع الشوكي يولّد بنفسه الرسالة التي يُفسرها الدماغ على أنها «إنّ ذراعي اليسرى تؤلمني».

---

(١) إنّ عقاراً كالأفيون أو المورفين لا ينتج عنه عادةً تأثيرات مهلوسة إذا ما أُخذ لتخفيف الألم، ولأسبابٍ غير مفهومةٍ تماماً، المواد المخدّرة المستخدمة لعلاج الألم لا تتسبب عادة بالإدمان. في دراسةٍ نُشرت عام ١٩٨٢ شملت اثني عشر ألف مريضٍ في مستشفى ببوستن كاناو قد تلقّوا مسكّنات ألم مخدّرة: أربعة منهم فقط صاروا مدمني العقاقير التي تلقّوها لما كانوا مرضىً. أظهرت دراسات أخرى أيضاً أنّ المرضى ممن تحكّموا بوصولهم للحقن المخدّرة يستخدمونها أقل مما يصفه لهم طاقم المستشفى. (المؤلف).

لا يُمكن لأفضل جراح في النخاع الشوكي ذاته أن يمنح ضماناً أبديّاً ضد الألم. كسلوكٍ مردّه الرحمة، لربما أزال الجراح جزءاً من النخاع الشوكي من المريض المصاب بالألم ممن يُتوقع له حياة قصيرة، لكن إذا ما عاش المريض أكثر من ثمانية عشر شهراً، فإنّ الألم يعود أحياناً. لربما كان الدماغ أو مكان آخر من النخاع الشوكي الذي يجد طريقاً بطريقة محيّرة يبعث رسائل الألم.

لستُ بجرّاح مخّ وأعصاب، وأستطيع عدّ المرات القليلة التي وافقت فيها على معالجة الألم جراحيّاً. ومن أقواها حضوراً في الذاكرة جراحة لامرأة هندية اسمها راجاما (Rajamma) كانت تعاني من حالة مضللة من عرَّة مؤلمة (tic douloureux)؛ أي: ألم عصابي حاد في الوجه. بطريقة غير متوقعة، وبشكل متقطّع، كانت ترتعش بهجمة ألم شديدة في جهة من وجهها. جاءت إليّ قانطة بعد أن جربت العديد من العلاجات البديلة.

تقول راجاما: «جربت قلع الأضراس في جهة من وجهي، إلا أن الألم لم ينقطع. ثم ذهبت إلى طبيب محلي شوّهني بالكيّ»، وأشارت إلى علامات الكي على خدها الأيسر. وأكملت: «صار الألم أسوأ. الآن، أدنى حركة أو صوت لربما تسبب لي بهجمة [ألم]. لا يمكن لأطفالي اللعب قريباً من المنزل. تظلّ دجاجاتنا محبوسة فلا تتقافز وترعبني».

أعلم أن الإجراء الجراحي المتعلّق بمعالجة العرّة المؤلمة يُعدّ استكشافاً دقيقاً للعقدة الغاسرة (gasserian ganglion)، التي موضعها حيث يدخل العصب القحفي الخامس إلى الدماغ، ولا ينبغي أن يُجريها إلا جراح أعصاب متمرس (إذا ما قُطع طرف العصب القريب من العين عن طريق الخطأ، فإنّ فقد استشعار العين لربما أدّى إلى فقدان العين نفسها) إلا أنّي كنتُ في الهند الشمالية، حيث لا يوجد جرّاح أعصاب. حاولت بدايةً أن أُميت الموقع بالمخدّر، المحاولة التي فشلت. رجتني راجاما وزوجها أن أجرّب الجراحة، حتى وإن أدّت إلى العمى، حتى وإن أدت

إلى الموت. سألتني راجاما: «ما نوع الحياة التي أعيشها الآن؟ انظر إليّ»، كانت نحيلة نحولاً مريضاً. ثم شرحت: «لا أستطيع المضغ، وأعيش على السوائل».

أخيراً، جرّبت الجراحة، وحددت عصبين دقيقين اثنين، دقيقين دقّة خيوط القطن، حيث بدا أنّهما حاملا ألمها. التقطتهما بملقطي لثوانٍ قبل قطعها. هل يمكن لهذين الخيطين الدقيقين أن يكونا مصدر كل ذلك الجبروت؟ ماذا لو كنتُ أحمل الأعصاب الخطأ؟ قطعتهما ثم أغلقت الجرح.

أنا واثق من أنّ توتري كان عالياً كما كان توتر راجاما لما جلست معها في الردهة وخططت منطقة في خدها لا استشعار فيها الآن. بتردد، بدأت بتجربة الحركات التي كانت تستجلب لها تشنجات من الألم. جرّبت ابتسامةً خفيفة، ابتسامتها المقصودة منذ سنوات، ولم تحصل أي هجمة. انحنى عليها زوجها.

أثبتت العملية نجاحها، وشيئاً فشيئاً أخذت راجاما محلّها من العالم. لما عادت إلى المنزل، رُحب بالدجاجات مرة أخرى. بدأ الأطفال باللعب دون خشية إيذاء أمهم، حتى في الدوائر الأوسع، عادت العائلة إلى حياتها الطبيعية. الألم، الذي كان وحشيّاً يوماً ما، صار أليفاً أخيراً.

الاستجابة

إنّ محفزات ما تحت الجلد، وحجب ما فوق الجافية، وعمليات قطع النخاع الشوكي (cordotomies)، أساليب لربما ساعدت في [تخفيف] الألم المتواصل والألم طويل المدى، إلا أنّه وفي العديد من الحالات يجد الجسم طريقاً جديداً فيعود الألم. لهذا السبب، تعلمت مراكز الألم المزمن مهاجمة الألم على الجبهات الثلاث كلّها: الإشارات من موضع الإصابة، الرسائل على مدى السيالات الناقلة، والاستجابة في الذهن. في

الواقع، إنّ التعامل مع الصحة النفسية للمريض والبيئة العائلة لربما كان له أثره على الألم أثر العقاقير المسكّنة الموصوفة أو جهاز الأقطاب الكهربائية تحت الجلد. أنقل عن طبيب نفسي في بوستن قوله: «إنّ ما يقوله فعلاً نصف زوّار العيادات لشكاوى جسدية هو: «حياتي مؤلمة». إنّ الألم تعبير وجودي فعلاً».

في منهجيتي الخاصة المتعلقة بالألم، أمنح الأولوية القصوى للمرحلة الثالثة. لربما كان ذلك غريباً، ذلك أنّي قضيت جزءاً كبيراً من حياتي المهنية مع مرضى الجُذام ممن يعانون جرّاء فقدان إشارات الألم في الأطراف (المرحلة الأولى). إنّ الحقيقة التي لا غُبار عليها هي أنّ «معاناتهم» تُثبت فعلاً أهمية الذهن في تجربة الألم. ساعدني مرضى الجذام على فهم الفرق بين الألم والمعاناة. «إنّي أعاني في ذهني لأني لا أستطيع المعاناة بجسدي»، كما وضّح مريضي نامو.

في الحالات المتقدّمة من الجُذام، لا يشعر مرضاي «بالألم» بتاتاً: لا استشعارات سلبية تصل أدمغتهم عن لمس فرن حار أو الدوس على غُصين. إلا أنّهم جميعاً يُعانون، أكثر من أي ناس عرفتهم. فقد هؤلاء الحرية التي يمنحها الألم، فقدوا الشعور باللمس وأحياناً البصر، كما فقدوا جاذبيتهم الجسمانية، وبسبب وصمة العار التي يسببها المرض فقدوا الشعور بالقبول من قِبل إخوتهم من الكائنات البشرية. يستجيب الدماغ لهذه الآثار من انعدام الحس بالشعور الذي لا يستحضر إلا المعاناة.

بالنسبية لبقيتنا، غالباً ما ننظر للألم والمعاناة بوصفهما حزمة واحدة. إنّ هدفي في إدارة الألم هو تتبع الطرق التي تُمكّن من توظيف الذهن البشري حليفاً، وليس خصماً. بعبارة أخرى: هل أستطيع منع «الألم» أن يكون «معاناةً» متطرفة؟ يُقدم الذهن مواردَ رائعة في تحقيق ذلك.

خلال أيام التدريب الطبي، كانت تحيّرني بعض ألغاز الألم: «تأثير أنزيو (Anzio Effect)»، والاستجابة لجراح أرض المعركة والقوى الغامضة للبلاسيبو، والتنويم المغناطيسي وجراحة بضع الفص. في ذلك الوقت، لم يكن لدى العلم أي تفسير لهذه الظواهر، مثل سيادة الدرويش الهندي على الألم، تنتمي لمجال السحر أكثر منها إلى الطب. استطاع بعض الباحثين مؤخراً الكشف عن أسرار كيمياء الدماغ (the brain's alchemy). بدا أنّ الجسم يُصنّع مخدّراته الخاصة به، التي تنطلق وفق أمرٍ ما لحبس الألم.

إنّ الدماغ صيدلاني حاذق. إنّ قوة أونصة واحدة من مادة الإتورفين (Etorphine) الأفيونية بقوة عشرة آلاف ضعف المورفين. الناقلات العصبية مثل هذه تُعدّل تشابكات عصبونات الدماغ، تغيّر حرفيّاً إدراك الألم حيث يتم تخزينه ومعالجته. إنّ الجندي الذي يتجاوب مع حماسة المعركة عفويّاً والدرويش الذي يُمارس الانضباط المُكتسب وجدا على الأرجح أساليب للنقر على قوى تسكين الألم الطبيعية للدماغ. تُرسل الأعصاب الطرفية الإشارات، ينقل النخاع الشوكي الرسائل، إلا أنّ خلايا الدماغ تُعدّل في تلك الرسالة قبل أن تُصبح ألماً.

ما إن تم اكتشاف الناقلات العصبية للدماغ، (وذلك في سبعينيات القرن العشرين)، حتى انفتح باب هائل لاحتمالية إيجاد منهجيات جيدة وآسرة في إدارة الألم: ١ - لربما أمكن إنتاج الناقلات العصبية للدماغ، مما يُتيح لنا إدارة الألم بتدخلات خارجية، ٢ - ولربما استطعنا تعليم الدماغ أن يُسيل موادّه (elixirs) عند الحاجة، متى ما أردناها.

الخط الأوّل للطلبات ما زال يعيش في خياله. حاول الباحثون تصنيع العديد من مركبات الإنكيفالين (enkephalin) القوية، إلا أنّه لم تزل القيود الكُبرى [تعرقلهم]. فمن جهة، تتصدى الإنزيمات الوقائية لأكثر المواد الكيميائية الغريبة إذا ما حاولت الدخول عبر مجرى الدم ومنه إلى الدماغ، ومن الواضح أنّ المُسكّن الذي يجب أن يُحقن مُباشرة في الدماغ

سيخلّف أضراره. بالإضافة إلى أنّ المركبات تميل لتكون مُسببة للإدمان: سيتوقف الدماغ عن إنتاجه الإنكيفالين خاصته ما دام الصناعي وُجد، تاركاً المستخدم أمام خيار الإدمان الدائم أو الآثار الانسحابية المأساوية.

أما المنهجية المعاكسة، التي تعتمد على تحفيز إنتاج الدماغ لمسكناته، ذات إمكانيات غير محدودة تقريباً. يجتمع داخل الصندوق العاجي للجمجمة علم النفس وعلم وظائف الأعضاء. نعلم أن استجابة الشخص للألم تعتمد إلى حدٍّ كبير على عوامل «ذاتية»، مثل الاستعداد العاطفي والتوقعات الثقافية، التي تؤثر في المقابل على كيمياء الدماغ. بتحذير هذه العوامل الذاتية، نستطيع التأثير تأثيراً مُباشراً على إدراك الألم.

الألم المُصاحب للولادة مثال مُمتاز [لما أقصده]. إنّ المجتمعات التي تُمارس نُفاس البعل (couvade)[1] تُقدّم دليلاً دراميّاً على أنّ الثقافة تؤدي دوراً مهمّاً في تحديد مدى ألم الولادة الذي تمر به الأم. إن حكمنا على الأمر ظاهريّاً ـ والحالات الظاهرية تتصدى لإدراك النساء اللواتي مررن بتجربة ألم الولادة بأنفسهن ـ فإنّ الأمهات في هذه المجتمعات لا يمررن بمثل ذلك الألم [الذي يُبديه الرجال خلال نفاسهن]. إلا أنه وفي الثقافة الغربية تُصنّف الولادة بأنّها أحد أشد الآلام. مستخدماً استبيان ماكغيل بين كويشتينير للألم (McGill Pain Questionnaire)، أجرى رونالد ميلزاك مقابلاتٍ مع مئات المرضى وقرر أن الأمهات يُصنّفن ألم الإجهاد خلال الولادة أعلى من ألم إصابة الظهر أو السرطان أو القوباء (shingles) أو ألم الأسنان أو الرثيّة.

---

(١) متلازمة نُفاس البعل (couvade): مُصطلح يُشير إلى شعور الزوج ببعض أعراض الحمل وآلامه التي تمرّ بها زوجته (آلام البطن والظهر، والانتفاخ، والغثيان.. إلخ)، ويسمى أيضاً بمتلازمة «الحمل التضامني». وتشير بعض المصادر إلى أن ٢٥٪ من الرجال يصابون بهذه المتلازمة، وتختلف قوة الأعراض من رجل لآخر. (المحرر).

إلا أنّ ميلزاك وجد أيضاً أنّ من أصبحن أمهات للمرة الثانية قد انخفض تقديرهم لألم الإجهاد، إذ إنّ تجربتهن السابقة ساعدتهن على خفض عتبة الخوف والقلق، وبالتالي إدراك الألم. الأمهات للمرة الأولى ممن تلقين تدريباً [على الولادة] قبل موعدها، مثل الحلقات التي تُعقد وفقاً لطريقة لاماز (Lamaze method) كان تصنيفهن للألم أقل. يُمكن النظر إلى طريقة لاماز، في الحقيقة، على أنّها محاولة شائعة لتغيير إدراك ألم الولادة. يؤكد مدرّسو هذه الطريقة على أنّ الولادة تتطلب عملاً مُجهداً وليس بالضروري الألم. يُخفضون [بهذه الطريقة] مستويات الألم والقلق (المرحلة الثالثة) وذلك بتثقيف الحوامل حول ما يتوقعنه. كما يُعلمونهن طرقاً ثابتة وعملية للتعامل مع الألم في المرحلة الأولى والمرحلة الثانية: تمارين التنفس ومساعدة الأب في الضغط على الظهر خلال تقلصات الولادة كلها تساعد على مجابهة الألم في بوابة النخاع الشوكي.

يُوظف برنامج لاماز تمريناً واحداً بسيطاً يمكن لأيٍّ منا القيام به في أي قت لتعديل الألم في المرحلة الثالثة: التشتيت الواعي. عرفت أول ما عرفت أثر التشتيت من بحث تومي لويس. لما تُدق الأجراس وتُقرأ قصص المغامرات بصوتٍ عالٍ، أبدى المتطوعون في المعمل تحملاً أكثر بكثيرٍ للألم. مساعدو المعمل باستخدامهم آلات الإشعاع الحراري تفاجؤوا بالنفطات التي كانت تنتفخ دون أن يشعر بها المتطوعون على أذرعتهم بينما كانوا مشغولين في العد تنازليّاً من الخمسين إلى الواحد.

منذ سنوات، كان لدى أطباء الأسنان تطلّعاتٍ عالية فيما يتعلق بإمكانيات الأساليب السمعية في التحكم بالألم. المرضى الذي ارتدوا سماعات الأذن واستمعوا لموسيقى عالية، أو حتى «الضوضاء البيضاء (White noise)» الاصطناعية، جلسوا مطمئنين دون الحاجة لمسكن ألم بينما كان الطبيب يجسّ ويحفر. لربما استُبدلت الحقنة المخدّرة بالمسجّل، كما ظنّ البعض. في مؤتمرات طب الأسنان، كان يُشير أطباء الأسنان إلى نظرية ميلزاك المتعلقة ببوابة النخاع الشوكي كأسلوب يشرح هذه الظاهرة.

إلا أنّ رونالد ميلزاك لما جرّب النتائج بنفسه بمقارنتها مع محفز بلاسيبو - وهي ستين ترنيمة بلا معنى كان ينبغي ألا تؤثر على المرضى - فاجأه أنّه حتى الضوضاء البلاسيبوي قد شتّتت الألم. خلُص ميلزاك إلى أنّ العنصر الأهم في نجاح الأصوات التي تصدرها الآلة يكمن في قيمة التشتت الواعي. ما دام أفراد العينة ركّزوا سواء على الموسيقى أو الضوضاء، وما دامت المفاتيح والمقابض بين أيهديهم للتشغيل، فإنّهم شعروا بألم أقل [إذ] كانوا يتعاملون مع شيءٍ آخر.

في كتابها العيش مع الألم (Living with Pain)، سردت باربارا وولف (Barbara Wolf) صراعها الطويل مع الألم المزمن، ملحمة تضمّنت زراعة ناقلات عصبية تحت الجلد في كلتا اليدين. بعد تجربة كثير من الأساليب، قررت أنّ التشتيت كان أفضل سلاحٍ مُمكن وأرخصه. اعتادت أن تُلغي نشاطاتها إذا ما شعرت بالألم حتى لاحظت أنّ الفترة الوحيدة التي تشعر فيها بالتحرر التام من الألم كانت خلال ساعات الدرس لما كانت تُدرّس اللغة الإنجليزية. توصي وولف بالعمل والقراءة وإلقاء النّكات والهوايات وتربية الحيوانات الأليفة وممارسة الرياضة والعمل التطوعي أو أي شيء آخر يُمكن أن يعزل ذهن المُعاني عن الألم. إذا ما ضرب الألم بحدّته في منتصف الليل، كانت وولف تنهض وتخطط ليوم الغد، وتُعد محاضرة، أو تُخطط لدعوة غداء كاملة.

لا يحتاج الألم بالضرورة إلى استغفال الذهن. بلايس باسكال (Blaise Pascal)، كان مصاباً بألم الأعصاب الوجهي الحادّ، كان قد أنتج بعض أصعب المشكلات الهندسية المعقّدة بينما كان يتلوّى منزعجاً في سريره. الملحّن الموسيقي روبيرت سكومان (Robert Schumann)، الذي كان يُعاني من مرضٍ مزمن، كان ينهض عن سريره ويصحح سلالمه الموسيقية. إمانويل كانت (Immanuel Kant)، بأصابع قدمه المحروقة جرّاء النقرس، كان يُوجّه كل تركيزه على موضوعٍ واحد، كأن يُركز على الخطيب الروماني شيشرون (Cicero) وكل ما يمكن أن يتصل به. يزعم

كانت أن هذا الأسلوب نجح معه حتى إنّه يتساءل في الصباح أحياناً عما إذا كان يتخيّل الألم.

إذا ما واجهت الألم الشديد، كنتُ أبحث عن الأنشطة التي تمتصني كليّاً، سواء ذهنيّاً أو جسديّاً. أخرج للمشي أو أعمل على جهازي. أحشد المهام التي تجاهلتها بسبب الانشغال. أنظف دولاباً، وأكتب رسائلَ وأنظر للطيور، وأسقي الحديقة. وجدتُ أيضاً أن التشتيت الواعي وانضباط النشاط يُمكن أن يكونا أداتين ناجعتين في محاربة الألم.

قال لي مرة متخصص في الألم المزمن إنّ العديد من المرضى يريدون الانتظار حتى ينحسر الألم قبل استئناف [أعمالهم] الاعتيادية. إلا أنّه تعلّم أنّ التعامل مع الألم المُزمن يعتمد على استعداد المريض لممارسة النشاط المُنتج وزيادته بغض النظر عن الشعور بالألم. تنجح إدارة الألم المزمن إذا ما قبل المريض مسؤولية عيشه حياةً نافعة بوجود الألم.

إننا في الغرب، حيث الاعتماد على الحبوب والتقنية لحل مشكلاتنا الصحية، نميل إلى تجاهل دور الذهن الواعي. بعد لقائي بالدكتور كليفور سنيدير (Dr. Clifford Snyder)، لم أستطع أبداً التقليل من شأن قوانا الداخلية في تعديل إدراك الألم. هذا الرجل المحترم، الجرّاح التجميلي المرموق والمحرر الزميل سابقاً في مجلّة جورنال أوف بلاستيك سيرجيري للجراحة التجميلية (Journal of Plastic Surgery)، تعلم أنّ يُسخّر قدرة الذهن المُدهشة لإدارة الألم. بعد عدة رحلات للصين لاستكشاف أسلوب وخز الإبر (acuponcture)، اقتنع سنيدير بأنّ جزءاً كبيراً من قدرة الوخز بالإبر في التخلص من الألم مردّه اعتقادِ الشخص الذهني بها، تأثير البلاسيبو المُبهر. توافرت له الفرصة بعد سنوات لاختبار قناعته حول قوة الذهن.

احتاج سنيدير جراحة ليده، وهي جراحة معقدة لإزالة النسيج الزلالي (synovial lining) الذي يغطي أوتار رسغه. تتضمن العملية قطوعاً عميقة في منطقة ذات نهايات عصبية عديدة. كان لدى سنيدير جدول مزدحم في اليوم التالي، بالإضافة إلى خطاب مهم كان عليه إلقاؤه، ولم يرِد المخاطرة بالتخدير العام، الذي سيتركه مترنحاً [بعد الإفاقة]. قرر أن يتخلص من الألم، دون أي موارد سوى قوة الذهن.

الجرّاح المسؤول، الذي أعرفه جيّداً أيضاً، وافق على تنفيذ الطلب الخاص لزميله. سمح للدكتور سنيدير ببضع دقائق لاستجماع أفكاره، ثم ربط مرقأة حول الجزء العلوي من الذراع، ثم ودون استخدام أي تخدير باشر إجراء العملية. وبالإيحاء الذاتي الصِّرف، ركّز سنيدير على عدم الشعور بالألم. ظل واعياً طوال العملية، وأصرّ على أنه لا يشعر مطلقاً بأي ألم حتى مرّت ساعة بعد العملية. أكد الجراح في النهاية الأخرى من المبضع حساباته.

حاول د. سنيدير بعد ذلك مشاركة ما تعلّمه حول إدارة الألم في ممارسته الطبية. يقول: «أحاول دائماً تشتيت انتباه مرضاي وتوجيهه لشيء لطيف، كُنت أتحدث عن كرة القدم، أو الأحداث الأخيرة لمؤتمر الرئيس، وأتفادى التعبير عن أي تحذيرات. أحاول تهدئة مرضاي. كُنتُ ألمس محل الإصابة وأجسّها، خاصة مع الأطفال، ثم دائماً ما أقول لهم ما سأفعله بالضبط. لا أكذب عليهم أبداً، إنما أريد ثقتهم الكاملة».

سجّل سنيدير نتائج مُهمة من واقع بعض مرضاه، من بينهم مُدرّسة أتته لإزالة عقدة، انخرطت في محادثة مع طالب طب حتى إنّ سنيدير أزال تلك العقدة دون استخدام أي مخدّر موضعي. كما أتاه مراهق مصاب بحبّ شباب شديد ينبغي أنّ «يُصنفر» وجهه بأداة كاشطة. قال له: «سأمنحك ساعة واحدة يا دكتور، ولا أريد أي شيء للألم»، استلقى

هادئاً لستين دقيقة ولم يُظهر أي بوادر للألم. ثم رفع يديه قائلاً: «بدأ يؤلمني الآن، عليك أن تتوقف».

لا يُمكن لأي أحد احتراف مهارة الإيحاء الذاتي المتعلق بالألم. إلا أنّ الأمثلة الموثقة لا بد أن تشجّعنا على التصديق بأنّه، حتى وإن لم نستطع التخلّص من ألم معين، بإمكاننا على الأرجح أن نخفض درجته وبالتالي الحد من الحاجة للعقاقير. إنّها تؤكد على القدرة المُدهشة لإدارة الألم لذلك الشيء الذي نحمله فوق أكتافنا.

أسوأ حالة

قابلت مرّة راهبات وراعيات وقليلاً من المتخصصين بالألم قدموا من أقطار العالم لأجل مؤتمر أقيم في مدينة دالاس في ولاية تكساس. في مقابلة متلفزة لاحقاً، شرحت فلسفتي الشخصية للألم المبنية على الامتنان والتقدير لمنافع الألم، وقلت: «إن نظام الألم جيّد، حتى وإن كان هناك أوقات لا بد منها فسيشعر الفرد بأن الألم ليس بشيءٍ جيّد». وذكرت أن الألم يُصاحب أحياناً السرطان في مراحله الأخيرة، الألم الموهن الذي لا يؤدي أي غرضٍ نافع ـ يعلم المريض أن الموت بات قريباً ـ وأبطلت أغلب أساليب إدارة الألم التي ذكرتها في هذا القسم.

قُلت: «إنّ الصعوبة التي يواجهها الطب في مثل هذه الحالة هي أن يقدّم التطبيب الكافي لإخضاع الألم، إلا أنه لا يفعل فعله كما يفعله ذهن المريض المعتم. إلا أنّه في حال قاوم الألم، فإنّ إجراءً من واقع الرحمة لربما كان ضروريّاً ويتمثل في زيادة العلاج الذي لربما لا يكون المريض واعياً كفاية لإدراكه».

سمعتُ ثوراناً مفاجئاً في الطرف الآخر من الطاولة فالتفتُّ لأرى وجهاً نحيلاً مميزةً قسماته لامرأةٍ إنجليزية. كانت الدكتورة تيريزا فانير (Dr. Therese Vanier) التي كادت أن تقفز عن مقعدها. قالت: «عذراً منك د. براند، إلا أنّي أختلف معك بشدّة! إني طبيبة في مأوى السينات

كريستوفير هوسبيس (the St. Christopher's Hospice) في لندن، وهذه ليست فلسفة مأوانا! إننا نعد مرضانا أنهم سيتحررون من الألم الحاد إلا أنه سيظل مُدركاً. ونستطيع تقريباً ضمان ذلك».

شدتني حيوية رد د. فانير، وتواصلت معها بعد المقابلة. دعتني لزيارة المأوى الذي أوجدته ديم شيشلي ساونديرس (Dame Cicely Saunders) عام ١٩٦٧م، لأشاهد الذي تعلّموه حول أسوأ حالة، الألم الأخير. ذهبت في رحلة للمكان بعد سنوات عديدة. إنّ مأوى السينات كريستوفر، في جوهره، كان مكاناً يذهب إليه الناس للموت. أربعون بالمئة من مرضاه المقبولين يموتون في أسبوعهم الأوّل فيه. وضّحت لي فانير خلال زيارتي أنّه: «عدد كبير من المرضى يأتينا وهو يعاني من الألم الحاد، في المراحل المتأخّرة من مرضهم، إنّ ألم المرض الأخير فريد. للألم الناجم عن كسر العظام والسن المتورّم والولادة أو حتى فترة النقاهة بعد العملية معنًى، وله نهاية. أما الألم بسبب السرطان المتأخر فهو بلا معنى سوى أنّه تذكير متواصل باقتراب الموت. العديد من المرضى يرى الألم وقد غطى أفقه. لا يمكنه الأكل ولا النوم ولا الصلاة ولا التفكير ولا الإشارة لآخرين دون أن يُسيطر عليهم الألم. وهنا في مأوى السينات كريستوفر حاولنا محاربة هذا النوع من الألم».

بعد الزيارة التي قضيتها مع فانير، التقيت بالدكتورة شيشلي ساونديرس، التي أخبرتي بأصل حركة المأوى. كانت قد أسست أول مأوى بعد أن رأت سوء تعامل المجال الطبي مع الموت. يذهب المستشفى الحديث بعيداً في سبيل المريض الذي تظهر عليه احتمالية التعافي. إلا أنّ المريض الذي لا يُرجى بُرؤه يبدو حرجاً له، وهو إحدى العلامات المشينة لإخفاقات الطب. يتجنب الأطباء عادة المصابين بمرضهم الأخير، أو يتحدثون معهم بعبارات مبتذلة ويقدمون أنصاف الحقائق. تميل معالجة ألمهم لأن تكون غير مناسبة بطريقة مشمئزّة. في

قلب المستشفيات المكتظة والمشغولة، يموت هؤلاء المرضى خائفين ووحيدين للغاية.

إنّ معيار مُعالجة المرضى بمرضهم الأخير يؤذي أحاسيس ساونديرس المسيحية العميقة حين كانت ممرضة، دخلت كلية الطب في عمر الثالثة والثلاثين بغرض إيجاد طريقة أفضل لتلبية ما يحتاجه الذي يصارع الموت. بعد العمل في نُزلٍ لمن ينتظرون الموت تُديره مجموعة سيسترز أوف تشاريتي (Sissters of Charity) كتبت «تصبح المعاناة غير محتملة إذا لم يكن هناك من يهتم. يرى الإنسان باستمرار أنّ الإيمان بالرب وبرعايته يصبح أيسر إذا كان هناك إيمان بشخصٍ يُظهر اللطف والتعاطف». مضت قُدماً لتؤسس مأوى السينات كريستوفر، ومن ذلك نبعت حركة المأوى إلى العالم بأسره. لاحظت ساوتديرس أنّ المأوى يبعث فعليّاً نسقاً من العصور الوسطى، حين كانت الكنيسة تأخذ على عاتقها العناية بمن ينتظر الموت كإحدى الفضائل السبع (the seven cardinal virutes).

بالعمل معاً، صارت ساوتديرس وتيريزا فانير رائدتين في المنهجية «الوقائية» حيال الألم في المرض الذي لا يُرجى بُرؤه. في العديد من المستشفيات، ينصّ الترتيب المعياري لمعالجة الألم على «بي. آر. إن» (الذي هو اختصار للكلمة اللاتينية Pro nata وتعني: «عند الحاجة»). يترك ذلك الترتيب المعالجة لتقدير العامل الصحي، الذي تمّ تحذيره وبصرامة من مخاطر الإدمان. وكنتيجة لذلك، إذا ما عاد الألم قبل الوقت المتوقّع، فإنّ المريض لربما توسّله بتأوه ليعطيه الحقنة التالية. جرّبت ساونديرس منهجية مختلفة. كانت تقرر الجرعات مسبقاً، ثم توفّرها للمريض في أوقات منظّمة بحيث لا يعود الألم أبداً. وجدت أنّ مستوى الدم المستقرّ للعلاج يُساعد في الوقاية من الألم الحاد وفرط استخدام الجرعات المهدّئة. كما جرّبت أيضاً أن يتحكم المريض بالجرعات واكتشفت أنّ المصابين بمرضهم الأخير من النادر أن يتجاوزوا جرعاتهم. عادة ما

يُمكنهم وضع برنامج، تحت الإشراف، يتحكم بالألم على مدار الساعة دون أن يُسبب إعتاماً ذهنيّاً.

إنّ تصميم مأوى السينات كريستوفر يعكس حكمة ساونديرس حيال رعاية من ينتظر الموت. يعيش أغلب المرضى في غرفٍ ذات أربعة أسرة، وليس في غرف خاصة، مع مساحة تكفي أفراد العائلة للسهر ليلاً. الستائر المقسمة تسمح بالخصوصية عند الحاجة لذلك، إلا أنّ وجود البشر يسمح بظهور ما يشبه المجتمع، المجتمع الذي يقوم على رؤية الآخرين يواجهون الموت في جوٍّ من الثقة وليس من الخوف المُذل. تمتلئ الغُرف بالأثاث الذي تم شراؤه من معرض أثاث وليس من كاتالوج للمنظمات. تطل نوافذ مقدمة المأوى على حديقة مشذبة وفقاً للتقاليد الإنجليزية الراقية، أمّا النوافذ الخلفية فتطل على حديقة أزهار وحوض للأسماك الذهبية.

يرى زائر المأوى علامات الحياة في كل زاوية: يجتمع الطاقم حول أحد الأسرة لغناء «عيد ميلادٍ سعيد»، وتعلّق الأعمال الفنية في كل مساحة فارغة من الجدران، وغابة صغيرة من أحواض الزرع، وكلبٌ متغنّج لأحد المرضى يتقافز أمام الزائر. يُنظم طاقم المأوى كل أسبوعين تقريباً حفلاً غنائيّاً، إما مع فرقة موسيقيّة تعزف الكمان أو عازف غيثار أو جوقة إنشاد للأطفال تزور الردهات. ينقل المتطوّعون المرضى القادرين إلى فرعٍ محلّي لمطعم ماكدونالدز أو حانةٍ، أو كما يفضلون. يعمل مأوى سانت كريستوفر بقدر المستطاع على راحة المرضى، وليس الطاقم.

أقنعني اليوم الذي قضيته في هذا المأوى أنّ ثورة تيريزا فانير في تلك الجلسة في دالاس كانت صحيحة تماماً. حتى أسوأ ألم يُمكن تخيّله، الألم الحاد الذي يُرافق المرض الأخير، ينبغي ألا يكون موهناً. فاجأني أنّ ديم شيشلي ود. فانير وآخرين في ذلك المأوى كانوا قد دمجوا كل ما أعرفه تقريباً عن إدارة الألم وأكثر. كانوا يسمحون بالتسلية والمشتتات الواعية. ساعدوا في تهدئة العوامل الذاتية (الخوف والقلق)

التي تُسهم في الألم. عملوا جاهدين لإشعار المريض بأنّه شريك وليس ضحية، حيث لا يزال يتحكم بجسمه. لقد أوجدوا مجتمعاً راعياً.

بكلمة واحدة يُمكن القول إن حركة إيجاد المأوى قد لفتت تركيز الطب من الشفاء إلى الرعاية. انتقد دانيال كالهان (Daniel Callahan) الطب الحديث على هذا الإخفاق تحديداً:

> «إنّ التطمين الأولي الذي نطلبه جميعاً هو أن نتلقى الرعاية حال مرضنا بغض النظر عن احتمالية الشفاء... إنّ أعظم إخفاق سجّلته الرعاية الصحية الحديثة هو أنها تميل لتجاهل هذه النقطة، هو أنّها انفصلت عنها لصالح الميل إلى وهج الشفاء والحرب ضد الألم والموت. ينبغي أن يكون قلب الرعاية التزاماً لا يشيح بعينيه عمن يتألم أو يعاني ولا ينفض يديه عنه ولا عن أي مُعاق أو أخرق، أو معيب أو معتوه؛ إنّ هذا الأمر... هذا الالتزام الوحيد الذي يستطيع نظام الرعاية الصحية تقديمه لكل أحد، الالتزام الذي يُمكن الإيفاء به إيفاءً كافياً».

مأوى السينات كريستوفر، الذي نبع عن الشفقة العميقة المسيحية لامرأة واحدة، أثبت ما يُمكن فعله. اتبعت العديد من الكنائس والمجموعات المجتمعية نموذج ديم شيشلي ووسعت دائرة الرعاية المُحبة للمصابين بالأمراض التي لا يُرجى برؤها ممن اختاروا أن يقفوا ضد الأساليب الاصطناعية في إطالة الحياة. هؤلاء المرضى، بطبيعة الحال، مستواهم الصحي تجاوز مرحلة الاستشفاء الطبي. إلا أنّ المأوى وجد طريقة لمعالجة هذه الحالة الإنسانية الأشد فظاعة بكرامة وشفقة. تفخر ديم شيشلي بحقيقة أنّ ٩٥٪ من مرضى المأوى استطاعوا أن يكونوا متأهبين للألم ومتحررين منه في آن. قدمت مثالاً على إمكانية انتزاع الخوف العظيم الأخير الذي سنواجهه، خوف الموت والألم المصاحب له.

١٧
معززات الألم

«تُستبدل ملابس أحدنا برداء نومٍ أبيضٍ مجهول، تُحيط برسغ أحدنا سوار تعريفي برقم.

يُصبح أحدنا خاضعاً للقوانين التنظيمية والأنظمة. لم يعد الإنسان فاعلاً حرّاً؛ لم يعد للإنسان حقوقه؛ لم يعد للإنسان مكانٌ في العالم رغم اتساعه. إنّ الوضع لا يكاد يختلف عن وضع السجين، ويُذلنا بذكرى اليوم الأول في المدرسة. لم يعد أحدنا إنساناً، إذ صار الإنسان سجيناً»

أوليفير ساكس (Oliver Sacks)، ساقٌ يُتكَأُ عليها (A Leg to Stand On)

إذا ما أُنشئت حركة لتوفير المأوى لمساعدة المرضى الذين يواجهون آخر تحدٍّ لهم مع العالم، فإنّه يبدو أن المستشفى الحديث قد صُمّم ليجعل مرضاه عاجزين أمام الألم. حبيساً في غرفةٍ خاصة ومنعزلة، مثبّتاً بشبكة من الأنابيب والأسلاك، في وضعٍ من النظرات الناطقة والمحادثات الهامسة، يشعر المريض بأنّه عالقٌ ووحيد. وفي هذا الجوّ الغريب، ينتعش الألم.

أتساءل أحياناً حول ما إذا كانت الشركات المصنّعة للأدوية قد سيطرت بخطّة محكمة على المستشفيات الحديثة في محاولة للترويج لاستخدام علاجات التخفيف من الألم.

تلقيتُ جرعة من الطب الحديث عام ١٩٧٤م لمّا وافقت أخيراً على السماح لجراحٍ بأن يزيل مرارتي التي تواجه بعض المتاعب. بعد وقت طويل من التطواف في ممرات المستشفى، كان عليّ معرفة ما أتوقعه. إلا أني سرعان ما تعرّفت إطلالة جديدةً، الإطلالة من موقف المريض أقصد. في الجراحة، كما اكتشفت، تكون مُنعّماً بنعمة العطاء أكثر من نعمة الأخذ.

استلقيت طوال اليوم في الغرفة الفارغة البيضاء دون أي مشتتاتٍ عدا شاشة التلفاز وجدول البرامج المُزعج (لِمَ لا يُزين أحدهم سقف المستشفى ما دام أكثر المرضى يحدّقون فيه؟) مرّ موكبٌ من الفنيين بجناحي. لم يسبق لي أن سمعت مثل هذه الأوامر الفظة خلال أيامي في مستعمرة التدريب التبشيري. «ارفع قميصك»، «أنزل بنطالك»، «كُن هادئاً» استدر، «مدّ لي يدك»، « تنفس بعمق»، «كُحّ».

الممرض الذي أمرني بإنزال بنطالي كان يحمل أنبوب قسطرة مطاطي. استجمعت شجاعتي للاعتراض، فقلت: «لم أنا بحاجة للقسطرة؟» وكنت أعلم خطر الإصابة بالعدوى، بالإضافة إلى ذلك من يريد حشر أنبوب مطاطي في أعضائه الخاصة؟

كان ردّه البارد كالتالي: «لم تُخرج أي بول منذ أن أُجريت لك العملية»، شعرت بشيءٍ من الذنب إلا أنّي قلت: «ذلك أني لم أتناول كثيراً من السوائل! إنّ ما فقدته مرارتي، وليس مثانتي. امنحني بضع دقائق»، ترك الغرفة، قرّبتُ الإناء مني، كشفت جدار بطني المجروح، وبعد جهدٍ جهيد انتصرت واستطعت إخراج بضع قطرات. كانت لحظتي التي افتخرت بها في ذلك اليوم البئيس.

لما أتت فنّية المعمل للمرة الثانية خلال ساعةٍ لتجمع عينات الدم من شرياني، ذكرتها خجلاً أنها قد أخذت العينة فعلاً. عبست وقالت بنبرةٍ آمرة: «نعم، إلا أنها تجلّطت. لم يعد لتلك العينة قيمة»، كدتُ أن أعتذر نيابةً عن دمي المعيب.

كان جسمي يُنتج مصفوفةً مُذهلة من القراءات الإلكترونية عبر الحاسب لأغراض معملية، إلا أنها كانت جميعها مخفيّة عنّي. لا شك أنّ الطبيب الواعي يميل ليكون مريضاً مزعجاً، ومن ذلك أن حافظ طاقم المستشفى على مؤامرة صامتة لا يُمكن اختراقها ضدي. فني الإشعاع، على سبيل المثال، رفع أشعتي السينية للضوء ثم نظر إليّ، ثم هزّ رأسه متجّهماً ثم تركني لاستشارة جرّاحي.

تعود مسؤولية أمعائي لشخص، بينما يتحمل مسؤولية دمي شخص آخر، وذهني كذلك يتولى مسؤوليته ثالث: ألا وهو الممرضة المُكلّفة بمعالجة ألمي. أتيحت لي فرصة أن أعرفها جيداً، ذلك أنّي ظللت في حالة تيقّظ متواصلة للألم. لم يكن لديّ مماشٍ مرصوفة لأمشي عليها، ولا تقارير بحثية لأطّلع عليها، ولا أنظمة صوتية لأشغّل عليها موسيقى عشوائية. كنتُ وحيداً تماماً مع ألمي. في قلب هذا الهدوء أستطيع الشعور بلسع آخر حقنة وحتى ضغط اللاصق على جلدي. شعرت برغبة لا تُقاوم بأن أضرب الجرس وأطلب المزيد من الدواء.

إنّ جذر كلمة مستشفى (hospital) [بالإنجليزية] أتى من الجذر اللاتيني لكلمة «ضيف (guest) إلا أنّ كلمة «ضحية» تبدو مناسبة أكثر في المستشفيات الحديثة. بغض النظر عن خلفيتي الطبيّة شعرت بالعجز، بقلة الحيلة، والسلبية. كان لديّ ذلك الانطباع الطاغي بأنّي صرت ترساً في آلية، ترساً معطوباً. كل صوتٍ يأتي من الممرّ كان يرتبط بطريقةٍ ما بورطتي هذه. [فمثلاً] العربة المدفوعة: **لا بد أنها أتت لي**. التأوّه الذي يتناهى إلى سمعي: **أوه! لقد وجدوا شيئاً.**

في دراسةٍ أجريت في المدينة الساحلية أيسل أوف ويت (Isle of Wight) على الساحل الجنوبي لإنجلترا، خلُص الباحثون إلى أنّ مرضى المرارة ممن استطاعوا رؤية مجموعة من الأشجار عبر نوافذ المستشفى كانت فترة نقاهتهم أقصر وتناولهم لمسكنات الألم أقل من أولئك الذين

كانت نوافذهم تطلّ على جدران أسمنتية. دبّجوا تقريرهم بهذا العنوان «لربما كان للمنظر المطلّ عبر النافذة أثره في التعافي بعد العملية (View through a Window May Influence Recovery from Surgery)» خرجتُ من عملية مرارتي مبهوراً أكثر بكثير من [المنظر المُبهر] الذي سيؤثر على عملية الاستشفاء.

أستخدم مصطلح «مُعززات الألم» لتسمية الاستجابات التي تُفاقم من إدراك الألم في الذهن الواعي. إنّها ما أخوض معركتي معه في غرفة المستشفى. هذه المعززات ـ الألم والغضب والشعور بالذنب والوحدة والعجز ـ لربما كان لها تأثيرها الأكبر على التجربة العامة للألم أكثر من أي عقار وُصف لي لتناوله. إننا في الطب وبطريقة ما نجد طرقاً لتعزيز إسهام المريض نفسه، وليس كبحه.

الخوف

د. ديان كومب (Dr. Diane Komp)، أخصائية أورام (oncologist) تعمل مع الأطفال، بدأت بإجراء مكالمات لمنازل مرضاها الصغار بعد أن أدركت أهمية البيئة لهم. كتبت: «زُرت أطفالاً في منازلهم ممن يعاني من ألم جسدي، إلا أنّي لم أرَ أبداً طفلاً في منزله يواجه الخوف، في منازلهم كنتُ الضيفة وكان واضحاً أنهم المُضيفون. يُعبّر الأطفال عن وضعهم الطبّي بدقة في هذه البيئة ما داموا تحت السيطرة».

فهمتُ مشاعري فهماً أفضل في المستشفى لما أراني صديق كتاباً مملوءاً برسوماتٍ رسمها أطفالٌ مرضى. أحد الصبيان رسم مدرعة جيش كبيرة تقف على عودٍ صغير ـ يقصد نفسه ـ يحمل إشارة التوقف الحمراء. رسمة أخرى، رسمتها بنت بعمر الثامنة تصوّر نفسها مستلقية على سرير المستشفى، ويظهر التعليق: «أنا وحيدة، أتمنى لو كان لي سريري الخاص. لا أحب هذا المكان. إن رائحته مضحكة».

رسمتي المفضلة تُظهر صبيّاً يرتجف أمام حقنة تحت الجلد ضخمة

مع تعديل بسيط في التصميم: نهاية الحقنة كانت شوكة سنّارة. أشاركه وجهة نظره. شكراً لمعتقدات أمي وخالاتي المتعلقة بالمعالجة المثلية، حيث تلقيت القليل من اللقاحات خلال مرحلة الطفولة، وكنت أراها كغزاةٍ لشخصي. ما زال الخوف غير المعقول من الحقن قائماً في ذهني. لم أفلح حتى هذا اليوم في حقن نفسي بلقاح. كُنت أوجّه الحقنة إلى جسدي وبطريقة محيّرة وقبل أن تصلني كان يبرز حاجزٌ فجأة ويصدّها.

أكدت الأبحاث المعملية والميدانية في المستشفى أنّ الخوف أقوى معزز للألم. المتطوعون الجدد في الاختبارات المعملية يُظهرون عتبة ألم أخفض حتى يعرفوا أن باستطاعتهم التحكم بالتجربة وما من شيء يُخشى. في الأساليب الفيزيولوجية الممكنة القياس، كان الخوف يزيد الألم. إذا ما كان الشخص المُصاب خائفاً، فإنّ العضلات تتوتر وتتقلص، مما يزيد الضغط على الأعصاب المتضررة ويسبب مزيداً من الألم. يتغير ضغط الدم وتتوسع الأوعية أيضاً، وهذا السبب الذي يجعل الشخص المرعوب شاحباً، أو محمرّاً. أحياناً يؤدّي هذا الذي يُنتجه الذهن ضرراً جسديّاً حقيقيّاً، كما في حالة القولون الشُّناجي (spastic colon)، وهو المنتج الثانوي للقلق البشري الذي لا تعرفه فصائل الحيوانات الأخرى.

أفكّر في تجربتي مع المرض. أحد أسباب تمتّع الأطباء وطاقم التمريض بسمعة كونهم مرضى عنيدين أنّ معرفتنا الطبية تجعلنا سريعي التأثر بالخوف. لقد رأينا أنّه بإمكان أدنى الأعراض الوشاية بوجود مرضٍ يُهدد الحياة. جون دون (John Donne) عبّر عن ذلك تعبيراً جيداً في مذكراته التي كتبها في القرن السابع عشر عن المرض: «يحشر الخوف نفسه في كل فعل أو رغبةٍ للذهن، كما يُزيف الغاز في الجسد أيّ مرض، وكذلك الحجر، ومثله الالتهاب، فإنّ الخوف سيزيف أي مرضٍ في الذهن».

كنتُ قد تلقيت لتوي مناوبة كطبيب مقيم في لندن لما طرحتني هجمة

شريرة من الحمّى والصداع الفراش. لاحظت أنّي إذا ما رفعت رأسي عن الوسادة، فإنّي أشعر بالألم في رقبتي وفي الجزء السفلي من نخاعي الشوكي. الهلع [داخلي] مكانه. كنتُ قد درستُ قريباً أعراض التهاب السحايا الشوكية (cerebrospinal meningitis)، التشخيص المرعب في تلك الأيام التي سبقت المضادات الحيوية. طلبت من عائلتي أن تستدعي الإسعاف، لم تمض ساعات حتى دخلت مستشفى يونيفيرستي هوسبيتل لأكون تحت نظر أستاذ الطب المخضرم، هارولد هيمسورث (Harold Himsworth). راجعت أعراضي وأخبرته بتشخيصي الاستباقي لالتهاب السحايا. كان هناك، طبعاً، احتمالية حتمية لتضرر الدماغ. وقد أشرت إلى استعدادي لعملية البزل القَطني (spinal tap) التي تصوّرت أنها ضرورية.

د. هيمسورث أخذني على محمل الجد وفحصني فحصاً دقيقاً. طمأنني أن بإمكانه غضّ النظر عن البزل القطني ذلك أنّ الفحص الدقيق جعله متيقناً من تشخيصه والعلاج المناسب. لا، لم يخبرني باسم العقار الذي وصفه؛ ينبغي عليّ الوثوق به. بدا أنّه واثق للغاية وحكيم حتى إنّي أخذت العلاج طوعاً وهدأت. اختفى الألم واستغرقت في النوم فوراً.

بعد ثلاثة أيام، بعدما مررت بأسرع فترة تعافي من حمى السحايا، كشف لي د. هيمسورث عن اسم عقاره المحيّر: الأسبرين. ابتسم ابتسامة أبوية وهو يخبرني أنّه تعرّف الأعراض التي مرّت بي إذ كانت ٢٥ بالمئة إنفلونزا و٧٥ بالمئة خوفاً من التهاب السحايا. شعرت بالخجل الشديد من الاضطراب الذي تسببت فيه، إلا أنّ البروفيسور هيمسوث رأى أنّ التجربة جزء قيّم من تعليمي الطبي. قال لي: «إذا ما أتاك المرضى يشتكون من ألم لا يتسق مع سببه الجسدي، ستكون على الأغلب أكثر تفهماً. إنهم يشعُرون بألم حقيقي. وبوصفك طبيباً، ستعالج مخاوفهم كما تعالج أمراضهم العضوية أو إصاباتهم».

كان د. هيسورث محقّاً، طبعاً. كل شخص تقريباً يمر بتجربة الألم مشوبة بالخوف، وما من حبةٍ أو حقنةٍ ستذهب بذلك الخوف، إلا أنّ لُطف الممارس الصحي وحكمته الصادقة والدعم المُحب من الأصدقاء والأقارب هي أفضل العلاجات. وددت أنّ الوقت الذي أقضيه في «زعزعة» مخاوف مرضاي له أثره العظيم على توجهاتهم حيال التعافي وخصوصاً ما يتعلّق بالألم.

تشبه أحياناً جلسات الاستشارة الأولية المتعلقة بجراحة اليد مع مرضاي جلسات الاستشارة [النهائية] ذلك أنّي تعلّمت أنه لا يُمكن مُعاملة الألم وكأنه ظاهرة جسدية بحتة. علينا معاً، الطبيب والمريض، مواجهة الخوف. ماذا يعنيه الألم للمرض؟ هل سيتمكّن الذي يؤمّن دخل الأسرة من مساندتها مرة أخرى؟ هل ستبدو اليد جميلة مرة أخرى؟ ما حجم الألم الذي سيحصل خلال مرحلة التعافي؟ هل مسكنات الألم أو مادة الستيرويدات خطرة على الصحة؟ أحاول زعزعة الخوف بإمداد المريض بمعلوماتٍ دقيقة وصريحة. وبالرغم من ذلك، فإنّ على المريض وحده الوقوف على الخيارات النهائية المتعلقة ببرنامج العلاج نهاية المطاف. لن تُجدي توصياتي نفعاً دون تعاون المريض.

قدمتُ مرةً استشارةً لعازفة بيانو شهيرة، إيلين جويس (Eileen Joyce)، حيث كانت تقيم حفلات موسيقية خيرية في صالة رويال ألبريت هول (Royal Albert Hall) في لندن لدعم مستشفانا في الهند. كانت قد تعثرت ووقعت على يدها بينما كانت تمشي مع كلبها، جارحةً إبهامها. رأيتها بعد فترة من الحادث، وبينما كانت تروي لي الحادثة كُنت أحرك إبهامها يدويّاً في جميع الاتجاهات. أضرّت السقطة بالغضروف، [وظهر] بروز عظمي في قاعدة الإبهام. بدا ظاهراً أنه شُفي مع خشونة طفيفة في العظم ذلك أنّي لما حركته باتجاه معين، صرخت: «هذا هو! هذا هو الألم! هل يُمكنك إجراء عملية وإصلاحه؟»، كان عليّ أن أقول لإيلين إنّي لا أنصح بالعملية. (لم تكن الغضاريف الاصطناعية متاحة بعد).

كان ترجّح حل ألمها قليلاً مقارنةً باحتمالية التسبب في ضرر أكبر جرّاء العملية، فسألتها: «هل من الممكن أن تتعلمي العيش مع الألم؟»، كانت إيلين مُغتمة، وأجابت: «طبعاً، إذ إنّه ليس ألماً متواصلاً. أعلم أنّه بإمكاني العزف لساعة تقريباً دون أن يؤلمني إبهامي، ولا أشعر به لأيام أبداً. لكن إذا ما استخدمته بالطريقة الخاطئة أشعر فجأةً بالألم. يطغى عليّ الخوف من حصول ذلك. كيف يمكنني التركيز على [نوتات] بيتهوفن (Beethoven) مع خوفي من احتمالية حدوث الألم؟».

بوصفي جراحاً لليد، غالباً ما أُدهش أن كيف لعازفي البيانو في الحفلات الاعتماد ـ وبلا توقف ـ على القدرة الكاملة لليد دون أن يعرفوا حقّاً آليتها. يُفكرون في الموسيقى، لا في الغضاريف ولا العضلات ولا الأوتار. أما الآن، فإدراك وجود ذرة من ذلك يهيمن على كل شيء في ذهن إيلين جويس. ناقشنا البدائل المختلفة للتعامل مع الألم، وسمعت لاحقاً أنّ إيلين قررت التقاعد عن مسارح الحفلات. لم تجد طريقةً للتعامل مع الخوف من الألم الذي لربما سلب تركيزها خلال الحفلة بالرغم من أن الألم ذاته لم يكن حادّاً.

أشجّع المرضى على الحديث عن خوفهم لنستطيع معاً ربط الخوف بإشارة الألم. إنّ الخوف؛ كالألم، قد يكون جيداً ولربما كان سيئاً. الخوف الجيد يسحبني من الحواف الصخرية ويجعلني أطأطئ رأسي عند سماع إزعاجٍ عالٍ. إنّه يمنعني عن خوض مخاطر حمقاء إذا ما قدت سيارتي أو تزلجت على منحدر تل. تظهر المشكلات فقط إذا ما تجاوز الخوف (وليس الألم) معدّله [الواقعي] ليصبح خطراً، كما حصل معي وخوفي من الحقن وما حصل على الأغلب مع إيلين جويس أيضاً.

إنّ الطريقة الوحيدة التي أستطيع بها وأي طبيب آخر زعزعة الخوف «السيئ» هي كسب ثقة المريض. تخلصت من خوفي من التهاب السحايا على يد هارولد هيسورث؛ ذلك أنّي وثقت به وصدقته لما قال لي: إنه ما

من شيء يستدعي الخوف. ولهذا عليّ بوصفي جرّاحاً أن أولي عنايتي لمخاوف مرضاي. أريد منهم احترام الخوف «الجيد» الذي يحفظهم من الاندفاع سريعاً والإضرار مرة أخرى بما أصلحته. وفي الوقت نفسه أرغب منهم في تجاوز الخوف «السيئ» للألم الذي يحبسهم عن تمارين التأهيل.

صديق لي في كاليفورنيا، اسمه تيم هانسيل (Tim Hansel)، علّمني درساً مهمّاً حول الخوف الجيد والخوف السيئ. كان تيم، الرجل المتّقد حماساً في إقامة الأنشطة الخارجية، يشرف على برنامجٍ يتعلق برحلات التخييم الشاقة في جبال سيرا نيفادا (Sierra Nevada). في إحدى هذه الرحلات، سقط على أمّ رأسه على صخرة ذات تجويف عجيب في الأسفل. ضغطت السقطة على فقراته معاً، ممزقةً الأقراص في ظهره العلوي وسرعان ما انتشرت الرثية في العظام. عاش هانسيل بألم متواصل وشديد. استشار العديد من المتخصصين، وكل واحد منهم يقول الشيء نفسه: «عليك فقط العيش مع الألم. لن تنفعك الجراحة».

لمّا تطاولت [شهور الألم] لتصل عاماً، تعلم هانسيل طرقاً مختلفة لتجاوز الألم. بخوفه من التسبب في إصاباتٍ أخرى، حرق طريق العودة لأنشطته. إلا أنّ روحه في الوقت نفسه شحُبت: حياة الدعة أصابته بالاكتئاب. نطق هانسيل أخيراً وأخبر طبيبه بمخاوفه قائلاً: «إني أخشى إصابة نفسي مرة أخرى، إلا أنّ ذلك سيجعلني أُجن. أشعر أنّ الخوف يشلّني. قل لي تحديداً ما الذي عليّ تجنبه؟ ما الذي سيتسبب في المزيد من الضرر؟».

أطرق طبيبه رأسه مفكراً للحظات ثم أجاب: «لا يمكن إصلاح ما تضرر. وأعتقد أنّي أنصحك بالعمل على طلاء السقوف، ولربما تسبب ذلك بضغط كبير على رقبتك، إلا أنّه وبحسب ما يُمكنني الجزم به، فإنّك تستطيع أن تفعل ما سيسمح لك الألم بفعله». وفقاً لهانسيل، منحته تلك الكلمة من الطبيب عقداً جديداً مع الحياة. أدرك للمرة الأولى أنّه كان

يتحكم بألمه ومستقبله وحياته. قرر أن يعيش بالطريقة التي يعرفها، مع شيء من الحذر. عاد لتسلق الجبال وقيادة المستكشفين.

لم يختفِ ألم تيم هانسيل، إنما خوفه. ووجد هانسيل أنّه ومع انحسار الخوف انخفض مستوى الألم تدريجيّاً أيضاً. كنتُ مع تيم، وأصدقه لما قال: إنّ الألم لم يعد له أثر سلبي على جودة حياته. لقد تعلّم كيفية سيادته؛ ذلك أنه لم يعد يخافه. يقول: «لا يمكن تجنّب ألمي، إلا أنّ شقائي خياري».

الغضب

يتهيّب جرّاحو اليد حالة واحد تفوق كل الحالات: «الحثل الانعكاسي الوجدي (Reflex Sympathetic Dystrophy: RSD)»، وهو ظاهرة معينة من مظاهر اليد المتيبّسة. بعد الإصابة أو إجراء عملية صغيرة، ربما انتشر ألم حاد في العضو. تظهر الأعراض أحياناً بعد إجراء عملية جراحية للأوتار أو الغضاريف بدا أنّها ناجحة تماماً. تظهر يد المريض بعد الجبس جيدة إلا أنّه ويوماً بعد يوم، إنشاً تلو إنش، يتسلل ألمٌ غير عادي ولا طبيعي. تتشنج العضلات تشنجات دورية. تنتفخ اليد ويضيق الجلد، وبطريقة لا يُمكن تفسيرها. تتصلّب اليد حتى تبدو كمجسّم المانيكان.

هناك أسباب مختلفة لليد المتيبسة (كأن تكون رد فعلٍ لعدوى، مثلاً، إلا أنّ ظاهرة الحثل الانعكاسي الوجدي لربما حصلت جرّاء خوفٍ بسيط أو غضب. لربما تفاجأ المريض الذي يخضع لإشراف طبيّ سيئ بكمية التقرحات التي طالت يده بعد الجبس. إذا ما شعر بالمرارة أو السخط، وقاوم كل حركة لربما تسببت بالألم، فإنّ مجموع هذه المشاعر وضعف إدراك [الوضع] سيبدأ بالتأثير على اليد).

تسبب الغضب المطبق في أصعب حالة ليد متيبسة شهدتها في حياتي. في الهند، عالجتُ امرأة كانت قد فقدت أرنبة أنفها، انتقم منها

زوجها ـ لشكه بخيانتها ـ بقضم أنفها، وعليه قضى على جمالها (لعله من المرجح أنّ أصل المثل الساخر «اجدَع أنفك لتنقم على وجهك Cut off your nose to spite your face» هندي) أتتني لاكشمي (Lakshmi) لعلاج يدها، وليس أنفها. كان لها وجهٌ جميل، بالرغم من الجلد السميك المحيط بأنفها المعدّل جراحيّاً، إلا أنّها أخبرتني بقصة اليد المتيبسة، وقصة وجهها كانت عرضية، وكان ذلك بدافع الفضول حول الجرّاح الذي أصلح أنفها وليس الزوج الذي جَدَعه.

تتشكل القصة من سردٍ مطوّل من الكلمات المتشعبة، وطالما أن لاكشمي لم يكن لديها فهم طبي بالكاد استطعت تشكيل الصورة [الواضحة] لما حصل. كانت قد ذهبت لجرّاح تجميلي في مدراس، الذي وافق على تشكيل أرنبة أنف جديدة لأنفها من جلد البطن. بعد اتباع الإجراء المقبول بشكل مثالي (ذاك الذي كُنا نستخدمه مع مرضى الجُذام لفترة)، زرع الجلد المأخوذ من بطنها لوجهها على مرحلتين. الأولى كانت بقطع جزء طولي من جلد البطن، تاركاً إياه متصلاً بالخصر من نهاية واحدة بينما رفع النهاية الأخرى لتشكل جسراً متصلاً برسغها. وبغرض إتاحة الفرصة لاستزراع إمداد الدم الجديد في الرسغ، أبقى يدها مثبتة ببطنها لثلاثة أسابيع.

بعد ذلك، وفي عملية أخرى، قطع الجراح رأس الجسر الموجود في الخاصرة وعليه صارت قطعة الجلد الطولية متدلية، تُغذيها شعيرات الدم الجديدة في الرسغ. رفع يد لاكشمي إلى جبهتها، تاركاً قطعة الجلد تتدلى فوق أنفها. بعد إجراء التعديلات التجميلية، قطّب الجلد الجديد في المكان وربطه بجبهتها، ويدها ورسغها ربطاً محكماً. كانت خطته أن يعود بعد ثلاثة أسابيع ويُحرر اليد من قطعة الجلد، واضعاً الأرنبة الجديدة محل القديمة.

في هذه النقطة من القصة، اضطربت لاكشمي بغضب، وصاحت:

«لم يقل لي! كُنتُ أريد أنفاً ودمر لي يدي. آلم كتفي. لثلاثة أسابيع ظل كتفي يؤلمي، وما زال!»، يندر أن أسمع امرأةً تستخدم شتيمةً في الهند، إلا أنّ لاكشمي لم تستطع الحديث عن جراحها دون شتمه. هدأت أخيراً بما يكفي لتستكمل رواية ما حصل.

أفاقت بعد العملية وهي تشعر بألم في كتفها. الجراح، الذي توقع على الأرجح أن المرأة الشابة لها غضاريف حرّة تماماً، ولن تزعج نفسها بمعرفة ما إذا كانت تستطيع تحريك كتفها حركة كاملة. في الواقع، عانت لاكشمي من الرثية في كتفها لأعوام ولم تكن قادرة على رفع ذراعها دون ألم. ما حصل الآن هو أن ذراعها ثبتت في وضعية تسبب لها ألماً متصلاً. صرخت وأرسلت رسائل للجراح، الذي أخبرها أنّ الألم طبيعي ويتلاشى قريباً. يوماً بعد يوم، كانت تصرخ عليه وتقول له: إنها لا تستطيع تحمل ألم كتفها. لم يُبال بالمشكلة، وآخرون في طاقم المستشفى كانوا يسخرون من المرأة الهستيرية المثبتة يدها في أنفها.

في الوقت الذي أزال فيه الجراح ما ثبّته حول رأسها وأنهى ما هو متعلق بالأنف، كانت لاكشمي قد أصيبت بحالة متقدمة من الحثل الإنعكاسي الودي. ذراعها كاملة، من الكتف وحتى الكف، أصيبت بحساسية عالية للألم وتوقفت اليد عن الحركة تماماً. في كل مرة كانت تحاول تحريك يدها كانت العضلات تدخل في حالة من التشنج وترفض الأصابع الانثناء.

لما أتتني لاكشمي، بعد عدة أشهر، كانت يدها قد تصلّبت. ما أستطيع قوله هو أنّ جرّاحها لم يقم بأي خطأ جراحي، هو وببساطة لم يتواصل مع مريضته. لو أنّه خصص وقتاً لمناقشة العملية الجراحية مع هذه المرأة المرعوبة، واختبر الوضعية المطلوبة، لربما علِم عن التيبس في كتفها. إلا أنه وعوضاً عن هذا، ربط الذراع بجبهتها بينما كانت تحت التخدير، ولما اشتكت من الانزعاج الشديد، تجاهلها تلقائيّاً.

كانت يد لاكشمي منعدمة النفع كأي يد مخلبية عالجتها في مريض بالجُذام. كانت الأصابع ثابتة بوضعية مستقيمة، لا يمكن ثنيها. فصلت بعد التشكلات القاسية التي جعلت من أصابعها مستقيمة، وقطعت أوتار العضلات التي انكمشت ومددتها. على طاولة العمليات، ولاكشمي تحت التخدير، استطعت ثني أصابعها إلى حد ما. أجريت العملية الجراحية الثانية على اليد، وكان المُعالج الطبيعي الذي كان معي يُحاول استرجاع الحركة عن طريق التفريق والتدليك، حتى إني جرّبت حقن عُقدة العصب السيمبثاوي في قاعدة رقبتها، إلا أنّ اليد تصرفت وكأنها قررت أن تكون متيبّسة. كانت تشنجات العضلات تعود في كل مرة. خلُصت إلى أنّ المرأة كانت قد فقدت يدها بسبب الغضب والضغط. لم أستطِع إيجاد أي سبب فيزيولوجي آخر. وبحسب علمي، لم تستخدم لاكشمي يدها مرة أخرى، ولم تتجاوز أبداً ما تشعر به من استياء حيال ذلك الجرّاح.

إنّ متلازمة اليد المتيبسة التي يسببها الحثل الانعكاسي الودّي تشكّل رابطاً واضحاً ما بين الروح والبدن. تتحمل الأعصاب السيمبثاوية الأنشطة اللاإرادية في الجسم مثل ضغط الدم والهضم ومعدل القلب، كما أن الجهاز السيمبثاوي العصبي يستجيب استجابة عالية للمؤثرات العاطفية كالغضب والخجل. (يقول مارك توين Mark Twian: «الإنسان هو الحيوان الوحيد الذي يحمرّ، أو يحتاج لأن يحمرّ») مُشيراً إلى إحدى علامات الجهاز العصبي السيمبثاوي حين يعمل. في الحثل الانعكاسي الودي، تكون ردة فعل الأعصاب مبالغة وتنتج ألماً خاصّاً بها، الألم البطيء في انتشاره، العنيد والصعب علاجه. لمّا كان للجهاز العصبي السيمبثاوي روابط قوية مع العواطف، ستكون العلاقة الضعيفة ما بين الطبيب والمريض، كما حصل في تجربة لاكشمي، ذات أثر جوهري في عملية التعافي.

صنّف الخُبراء في اضطرابات الحثل الانعكاسي الودي السمات النفسية التي تُعد علامات تحذيرية لهذه الاضطرابات كالتالي: «الخوف،

الشك، الاضطراب العاطفي، الشكوى المزمنة، الشخصية الاعتمادية، الاستبطانية (introspective)، القلق، التوجّس، الهيستيرية، الدفاعية، العدوانية»، إذا ما التقيت بمريض تبدو عليه أي من هذه السمات، أعلم أنّ عليّ قضاء المزيد من الوقت في الاستشارة الشخصية قبل إجراء العملية. إنّ جهدي الذي أبذله في تعزيز الفهم المتبادل والثقة لم يذهب هباء، إذ إنّه الوقت الذي [يحمينا] من مضاعفات ما بعد العملية.

يُذكرني بعض المرضى ممن يأتيني في الاستشارة الأولية بحيوانات البوسوم (possums) التي تعيش قريباً من منزلي في لويزيانا. إذا ما ارتعب البوسوم، فإنّه ينقلب ليكون في حالة شلل متصلّبة، يتجمّد من أنفه وحتى طرف ذيله. رأيتُ مرضى يشبهونه [في حالته هذه]. كانت أعينهم تتوسّع، ويتتبعون كل تحركاتي. كانوا يقاومون اختبارهم، وغالباً ما تكون أيديهم باردة عند لمسها. لاحظت أنّ مثل هؤلاء المرضى يحتاجون وقتاً لكسب الثقة. كنتُ أتفحص مشكلة اليد بُلطف بينما أتكلم وأراجع تاريخ المريض. عادة ما أُمسّد اليد وأسأل عن العائلة ومسقط الرأس، كما أؤكد على أنّي لن أتخذ أية قرارات لوحدي، إذ أقول: «إنها يدك، قبل كل شيء، وليست يدي»، أجد أنه وتدريجيّاً تصبح اليد دافئة وترتاح وتظهر العلامات الأولية للثقة والأمل.

فيزيولوجيّاً، لا ندرك حقّاً سبب تيبّس اليد بعد إصابة طفيفة، إلا أنّنا نعلم أن ذلك مُرجحٌ حدوثه حينما يكون هناك شعور بالغضب والمرارة. لربما كانت حالة لاكشمي في الهند أسوأ حالة شهدتها للحثل الانعكاسي الودي، إلا أنّه ينبغي عليّ القول: إنّي رأيت حالاتٍ أكثر في الولايات المتّحدة. فاجأني هذا النسق بدايةً. لم أتصور وجود سيناريو مُشابه لإساءة الفهم بين الطبيب والمريض في الولايات المتحدة، حيث المعايير العالية في الطب والتعليم. توصّلت مُذ ذاك إلى أنّ النزاعات القضائية في الولايات المتّحدة تقدم أرضاً خصبة للغاية للغضب والحنق والإحباط، المشاعر عينها التي تؤدي إلى حالات مثل الحثل الانعكاسي الودّي.

من ينخرط في تسويات التأمين من الأطباء يتحدّث عما يمكن وصفه بأنه «عَرَض التعويض» حيث يميل المرضى ممن لديهم ما يكسبونه جرّاء الإعاقة إلى الشعور بالألم أكثر وتكون عملية التشافي بمعدّل بطيء، حتّى أن بعض المحامين يُدربون عملاءهم على تقطيبات الوجه والعلامات الظاهرية للألم التي ستثير شفقة هيئة المحلّفين. قالها خبير بالألم بصراحة: «هناك إجماع عام تقريباً بين مديري المرافق المختلفة للتحكّم بالألم في الولايات المتّحدة وفي الخارج على أنّ القوانين الحالية لتعويضات الإصابات وعملية الاستشارة القانونية نفسها عاملان رئيسيّان فاعلان في تغيير سلوكيات الألم».

ليس لديّ مع المحامين ما أتظلّم بشأنه ولا مع التظلمات المشروعة فيما يتعلق بالإهمال. تقاعدت عن الممارسة الطبية الآن، ولم يحصل أن رُفعت قضية إهمال ضدي. إلا أن عليّ أن أقول: ـ ومن زاوية طبية بحتة ـ إنّ روح الغضب والمرارة عادةً ما تضرّ بالمريض آخر المطاف. نصيحتي الشخصية للأصدقاء والعائلة هي حلّ النزاعات مُبكراً، عوضاً عن إطالة أمدها للحصول أعلى مستوى من المكاسب.

غالباً ما كنتُ أرى التأثير العضوي على من يعتريهم الغضب تجاه مرؤوسيهم، أو سائق السيارة الأخرى، أو الجراح السابق أو الزوج الذي يفتقر للشفقة أو الرب. يتوجب التعامل مع الغضب، طبعاً، إذ إنّه لا يختفي من تلقاء نفسه، فإذا لم يحصل ذلك، وإذا ما أتيح له أن يستوطن الذهن والروح، فإنّه سيبثّ سمّه في الجسد، مُؤثراً على الألم والتعافي. وقد قال بريني سيغل (Bernie Siegle) يوماً: «من السهل أن تكره، إلا أنّ الأسلم أن تُحب».

الشعور بالذنب

يظهر الخوف في الاختبارات المعملية ولربما أسهم الغضب في حالاتٍ مثل الحثل الانعكاسي الودّي. لا أستطيع أن أحدد بدقة دليلاً

محسوساً لتأثير الشعور بالذنب على الألم. إلا أنّه وبعد عملي في مهنة قضيتها بين مرضى الجُذام، ممن [تم التأثير عليهم] ليشعروا بأنّهم ملعونون بلعنةٍ خاصّة من الرب، أعرف جيداً أنّ الشعور بالذنب يُشكّل المعاناة الذهنية. المستشارون في مراكز الألم المزمن يُقرّون، أيضاً، بأنّ أصعب مرضاهم «المعرّضين للألم» أولئك الذين شعورهم بالذنب ضارب في العمق ولربما فسّروا ألمهم على أنّه نوع من العقاب.

مررتُ بتجربة شخصية تتعلق باعتبار الألم عقاب، لمّا كنت أدرس وفقاً للنظام الإنجليزي في المدارس العامة حيث كان يعتمد على الضرب بالخيزران لتعزيز الانضباط. للتو أتيت من تلال كولي الهنديّة، وكان عليّ المرور بعملية «التحضّر» في لندن، تلك العملية التي لم تخلُ من مواجهات مباشرة عديدة مع الضرب بالخيزران. بالتأمل في تلك الأوقات، ألحظ أنّ الألم الحقيقي الذي يُسببه ذلك القضيب الخشبي الدقيق بضربه على النسيج الدهني للمؤخرة لا تزيد درجته عن ستة أو سبعة من عشرة، إلا أنّي شعرت به وكأنه تسعة من عشرة خاصة إذا ما كنت أشعر بالغضب تجاه ذاك الذي يوجه ليّ الضرب. إنّي على يقين بأنّ جانب العقاب، خاصة إذا ما رافقه الشعور بأنّه غير عادل ـ حيث أُسأل: لِمَ أنا الوحيد الذي قُبض عليه؟ ـ يُفاقم إدراكي للألم.

في ذلك الوقت، عرفت مُباشرة النتيجة الكارثية للاعتقاد بأنّ المآسي البشرية تحصل كفعل مُباشر من الرب. كنتُ في الخامسة عشرة، وللتو عدت من نزهةٍ طويلة في مرجٍ قريب من لندن لما استقبلتني خالتي يونيس (Eunice) عند الباب، وقالت لي: «تعال إلى غرفة الطعام يا بول»، وعرفت من وجهها المخطوف وجبينها المقطّب أن شيئاً مريعاً قد حصل. لما تبعتها إلى الغرفة الرسمية المعتمة والمؤثثة على النمط الفيكتوري، خلُصت إلى أنّه لا بد أني فعلت شيئاً مُريعاً؛ ذلك أن خالي بيرتي (Bertie) كان يقف هناك، وجواره خالتي هوب (Hope). لا تدعو خالتاي العانستان خالي بيرتي، الرجل الضخم والأب لثلاثة عشر ابناً، إلا في حال ظنتا أنّي

أحتاج إلى تأثير حازم وشديد من قدوةٍ ذكورية. قفز إلى ذهني هذا السؤال بسرعة جنونية: ماذا فعلتُ؟ لم ألبث حتى عرفتُ أني لم أفعل شيئاً. اجتمع هؤلاء الراشدون لينقلوا لي الخبر الذي نقلته برقية الهند ذاك المتعلق بخبر وفاة والدي بسبب حمّى البول الأسود. في ذلك اليوم، ولأيام بعده، بذلت خالتاي محاولاتٍ عديدة في توضيح صدمة ما حدث وتبسيطها، مستخدمتين الكليشيهات مبالغة في التقوى على أمل أن تعزيني. إلا أنّ عقلي غير الناضج كان يجد طرقاً في تحويل كلماتهما التي يُقصد بها التطمين إلى اتهاماتٍ متوجّسة.

[تقولان مثلاً]: «كان والدك رجلاً رائعاً، أطيب من أن يكون في هذا العالم»، [فيكون ردّي:] ماذا عنا نحن؟ ألا يعني ذلك أنّنا لسنا طيبين كفاية؟ [أو] «احتاجه الرّب في الجنة أكثر من حاجتنا إليه على الأرض» [فأردّ:] لا! لم أرَ أبي منذ ست سنوات. أحتاج أبي! [أو] «انتهى عمله هنا»، [فأقول:] لا يمكن أن يكون هذا صحيحاً! بالكاد بدأ عمل الكنيسة [هناك] والعمل الطبي في ازدهار. من سيعتني بسكّان التلال الآن؟ وماذا عن والدتي؟ [أو] «هذا هو الأفضل»، [فأسأل:] قولا لي كيف يُمكن أن يكون هذا الأفضل؟

استغرق الأمر سنوات لاستعادة الإيمان الذي اعتنقته خلال طفولتي من أثر صدمات خالتيّ الحانية. شعرت غريزيّاً بأنّه إذا ما قرر الرب أن «يأخذ والدي» كما كانتا تقولان، فإنه كان ينبغي أن أحتاجه أكثر، أو على الأقل أعمل جهدي أن أقنع الرب بأنّي أحبّ والدي. في تلك الأثناء كانت والدتي، التي تبعد عنا بُعد المشرقين، كان يُثقل كاهلها ذاك الشعور بالذنب: لو كُنتُ أخذته ليتلقى العلاج الطبي المناسب فوراً ولم أتأخر في ذلك[1]. لمّا استقبلتها في إنجلترا بعد عامٍ، كان يسيراً عليّ أن أقرأ الألم في وقفتها الواهنة وتجاعيدها المبكّرة.

---

(١) إنّ عبارة «لو أنّ» خطيرة. الحاخام هارولد كوشنير (Rabbi Harold Kushner) يحكي عن =

إنّ هذا الكتاب ليس بكتابٍ ديني، ولا رغبة لي في أنّ أخوض في موضوع التعليل الإلٰهي العميق. إلا أنّي رأيتُ ما رأيتُ من الهلاك الذي يسببه الشعور بالذنب في هذا الموضوع الذي لربما تجاهلته إن لم أذكره في سياق مُضخّمات الألم. مئات المرضى الذين عالجتهم ـ مُسلمين وهندوساً ويهوداً ومسيحيين ـ كانوا يُعذبون أنفسهم بطرح الأسئلة المتعلقة بالذنب والعقاب. ما الخطأ الذي اقترفته؟ لماذا أنا؟ ما الذي يُحاول الرب قوله لي؟ بِمَ استحققتُ هذا القدر؟

بوصفي طبيباً ومسيحياً ملتزماً، لديّ ملاحظة بسيطة لأبديها. إذا ما كان الرب يستخدم المعاناة الإنسانية بوصفها شكلاً من أشكال العقاب، لا بد أنّه قطعاً اختار طريقة مضمرة لإيصال عدم رضاه. الحقيقة الجوهرية فيما يتعلق بالعقاب أنّه لا يحقق المبتغى منه إلا إذا علم الشخص سببه. إنّه لإهلاك محرض، وليس بالفعل الجيد، أن تُعاقب طفلاً ما لم يُدرك سبب عقابه. إلا أنّ أغلب المرضى الذين عالجتهم يشعرون بالتيه، وليس بالتطهير، بسبب المعاناة. يتساءلون: «لِمَ أنا؟» وليس: «أوه طبعاً! إني أعاقب بسبب نزوة الأسبوع الماضي».

في المدرسة، كنتُ أعرف دائماً سبب ضربي بالخيزران، حتى وإن كنت أعترض أحياناً على العقوبة. وفي الآيات المتعلقة بالعقاب في الإنجيل، لم تكن القصص تُظهر الأفراد متحلّقين مُتسائلين عما حصل، حيث يُدرك أكثرهم بالضبط سبب عقابهم. أخبر موسى عن اللعنات العشر أمام الفرعون المصري، وحذّر الأنبياء الأمم الفاسدة قبل [حلول العقاب]

= شهر يناير [قارس] قضاه في بوستن أقام فيه مراسم جنازتين في يومين متتاليين لامرأتين مسنتين. زار العائلتين المنكوبتين في مساء دفن جنازتيهما. في المنزل الأول، قال ابن الفقيدة: «لو أنّي أرسلت والدتي إلى فلوريدا، بعيداً عن البرد هنا والثلج، لربما كانت حيّةً الآن. إنّ موتها ذنبي أنا»، وفي اليوم الثاني، قال ابن الفقيدة: «لو أني لم أصرّ على والدتي أن تذهب إلى فلوريدا، لكانت حيّة اليوم. رحلة الطيران الطويلة تلك، التغير المفاجئ في المناخ، كانا أشد عليها مما تطيق. إن موتها كان ذنبي أنا». (المؤلّف).

بسنوات. القصة التقليدية للمعاناة، في سِفر أيوب، تُصوّر رجلاً كان من الواضح أنّه **لا** يُعاقب لأفعاله الشريرة. وصف الرّب أيّوب بأنه: «الزكي الصالح، الرجل الذي يخشى الرب ويتّقي الشر».

هذه النماذج الإنجيلية علاقتها ضعيفة بالألم والمعاناة اللذين يمرّ بهما أكثر الناس اليوم. ملايين الأطفال يولدون بتشوّهات خلقية سنويّاً. من الذي يُعاقبه الرب ولماذا؟ سائق مخمور يتجاوز الرصيف إلى خط السير الثاني ويخرب سيارة أخرى. يهيج رجلٌ ويطلق النار من بندقية أوتوماتيكية في مطعمٍ مكتظ. ما هي الرسالة؟ لا أرى توازياً واضحاً ما بين المعاناة التي يمر بها أكثرنا اليوم والعقاب المذكور في الإنجيل، ذاك الذي يتبع تحذيراتٍ متكررة تجاه سلوك محدد. (يقدّم الإنجيل العديد من الأمثلة الأخرى للمعاناة، مثل معاناة أيوب، التي لا علاقة لها بالعقاب. اليسوع، في الحقيقة، اتّخذ طريقته في رفض النظرة الفاراسية (Pharisees) التي كانت ترى أنّ العمى والكُساح والجُذام علاماتٌ على عدم رضا الرب).

لما كنتُ طفلاً أعيش في لندن، انزلق القس العجوز القائم على كنيسة الحيّ بقشرة موز وسقط على الممشى. كُنا نسخر من الموقف قائلين: «تخيّل أنّه سقط في طريقه إلى الكنيسة! قشرة موز! لربما أغلق عينيه، مصلياً»، إلا أننا علمنا لاحقاً أنه كسر وركه حينها، فتوقفنا عن الضحك. مرّت الأسابيع ولم يخرج القس من المستشفى. استَشْرت العدوى في جسده، ومن ثم أصيب بنزلة صدرية (pneumonia)، وأخيراً توفّي. شعرنا بالخزي من ضحكاتنا.

لم تفارقني تلك التجربة لما حاولت لاحقاً تصنيف القضايا المتعلقة بالشعور بالذنب والعقاب. ممن كان الخطأ؟ لم تكن قشرة الموز طبعاً، تلك المصممة تصميماً مثاليّاً لتحافظ على الموز طازجاً ونظيفاً حتى يحين أكله، أو وضعه بذرةً لشجرة جديدة. وبالكاد يُمكن أن يُطلق على تلك

الحادثة: «تصرف ربّاني»، ذلك أن الرب لم يضع قشرة الموز على الرصيف. ترك القشرة هناك شخصٌ مستهتر لم يهتم بنظافة الممشى ولا ما يسبب خطراً للمسنين. حتى في عمر مُبكّر، عللت بأنّه بالرغم من وجود عامل بشري، رامي الفضلات، فإنّ حادثة قشرة الموز لم تكن سوى حادثة، ولا تتضمن أي رسالة خفية من الرب.

خلُصت لاحقاً إلى الاستنتاج نفسه فيما يتعلق بوفاة والدي. لم يُسيّر الرب بعوضةً تحمل الملاريا إلى أبي ويأمرها أن تقرصه. بالعيش في منطقةٍ تمثل بؤرةً لبعوض الأنوفيليس، توقّع والداي بعض المخاطر المحققة، فلا أصدّق أنّ العدوى التي أصابت والدي هي فعل ربّاني مُباشر من الرب. من السليم فعلاً القول بأنّ السواد الأعظم من الأمراض والكوارث لا تتعلق بالعقاب.

لا أستطيع دائماً اتخاذ قرار مبني على قاعدة علمية فيما يتعلق بسبب مرض معيّن. ولا أستطيع دائماً الإجابة عن السؤال: «لماذا؟» الذي يطرحه مرضاي. أحياناً أسألهم بنفسي. إلا أنّه متى ما كان بإمكاني ذلك، ومتى ما بدا مرضاي منفتحين، فإنّي أبذل وسعي في تخليصهم من الشعور بالذنب الطاغي وغير الضروري.

لما توفّي والدي، اقتبست لي خالاتي هذا النصّ من رسالة أهل روميّة (Romans 8:28): «يتضافر كلّ شيء لصالح أولئك الذين يُحبّون الرب»، شعرت بالخفّة لاحقاً لما عرفت أنّ النص الأصلي المكتوب باليونانية مترجم ترجمةً أنسب: «بين ثنايا كل ما يحدث، يُحدث الرب ما يصب في صالح الذين يُحبّونه»، هذا الوعد وجدته متحققاً في كل الكوارث والمآسي التي شهدتها شخصيّاً. تجري الأمور، بعضها جيّد، وبعضها سيّئ، وكثير منها يتجاوز قدرتنا على التحكم بها. وبين ثنايا كل هذه الأمور، شعرت بيقين صادق في استعداد الرب للعمل معي وعبري لإخراج بعض الصلاح.

الوحدة

تأتي الوحدة في حزمة واحدة مع الألم؛ ذلك أنّ الألم، المُدرك في الذهن، ينتمي انتماءً فريداً لي ولا يُمكن فعليّاً مشاركته. قال تولستوي (Tolstoy) في روايته «موت إيفان إليش (Death of Ivan Ilych)»: «إنّ أشدّ ما آلم إيفان إليش هو أنّه ما من أحد ليرثيه كما يريد أن يُرثى».

بالرغم أنه ما من أحد بإمكانه إدراك ألمي الجسدي، فإنّ هناك حسّاً آخر، وأعمق حيث يُمكن مُشاركة الألم فعلاً. في فترة مبكرة من عملي سمعتُ محاضرةً من عالمة في علم الإنسان (anthropologist) مارغاريت ميد (Margaret Mead). سألت مرّة: «أيّ من هذه الأشياء يُمكن أن تقول إنّها أول علامة على الحضارة؟» وكان من خياراتها قدر فخّار؟ أدوات مصنوعة من الحديد؟ أوّل نباتات منزلية مكتشفة؟ ثم أكملت: «كل هذه علامات أولية، إلا أنّي أعتقد أنّ دليل الحضارة الحقيقية الأولى [هو]...»، ثم حملت عالياً فوق رأسها عظم فخذ بشري، أكبر عظمة في الساق، ثم أشارت إلى منطقة سميكة حيث كانت العظمة مكسورة، ثم التأمت التئاماً ممتازاً. [ثم أكملت]: « مثل هذه العلامات من الاستشفاء لم تُوجد من بين بقايا المجتمعات المبكرة المتّصفة بالعنف. في هياكلهم العظمية، نجد علاماتٍ على العنف حيث نجد ضلعاً قد اخترقه سهم، أو جمجمةً هشّمتها هراوة. إلا أنّ هذه العظمة تُظهر أنّ أحداً اعتنى بهذا الشخص المُصاب، حيث يصيد عنه ويجلب له الطعام ويخدمه بمحض طيب نفس».

أعتقد، كما مارغاريت ميد، أنّ هذه الحسنة في مشاركة الألم هي جوهر ما يعني أن تكون بشراً. لا ترحم الطبيعة الحيوانات التي أضعفها كبر السن أو المرض إلا قليلاً؛ تفرّ الظباء الأفريقية (wildebeest) أمام لبؤة، تاركةً الضعيف منها خلفها، حتى قطيع الذئاب شديد التماسك لن يخفف من سيره ليعتني بالفرد المصاب. البشر، إذ ما تصرفوا بإنسانية

على الأقل، يفعلون العكس. إنّ لوجود شخصٍ يُقدّم الرعاية يُحدث أثراً حقيقيّاً على الألم والتعافي يُمكن قياسه. في دراسةٍ لنساء مصابات بسرطان الثدي الانبثاثي (metastatic breast cancer)[1]، تبيّن أن النساء اللاتي حضرن جلسات مجموعات الدعم النفسي أسبوعيّاً على مدى عام شعرن بتحسّن وعشن لعامين أطول مما عاشته النساء اللاتي لم يحضرن تلك الجلسات، بالرغم من أنّ كلتا المجموعتين تلقت العلاج الكيميائي والإشعاعي ذاته.

يصعب عليّ تخيّل مواجهة ألم حاد دون أن يكون جواري صديق واحد على الأقل أو أحد أفراد العائلة. أتذكر الطمأنينة التي كانت تنقلها لي والدتي لما كنتُ طفلاً أقاتل الملاريا والأمراض الاستوائية الأخرى. كانت تُمسك بي مواسيةً حين تضربني النفضة. إذا ما شعرت بالحاجة للتقيؤ، كانت تساعدني على الانثناء في وضعية معينة وتضع يدها الباردة ثابتةً على جبيني ممسكةً بمؤخرة رأسي باليد الأخرى. كنت أرتاح، وكان خوفي وكذلك ألمي يتلاشيان. لما ذهبت إلى إنجلترا للدراسة، بالكاد استطعت تحمّل فكرة المرض. كنت أتساءل ما إذا كان بمقدوري التقيؤ دون يدٍ حانية على جبيني. أصابني مرضٌ لا مفرّ منه، أرتني خالتاي الطست وتركتاني وحيداً. شعرت برغبةٍ في الصراخ أن: «أمي! أحتاجك!».

صديقي جون ويب، الذي كان يعمل أستاذاً لطب الأطفال في فيلور، تولّى لاحقاً منصب رئيس قسم طب الأطفال في جامعةٍ في إنجلترا، ونظراً لما لحَظه من أثر العائلة على الأطفال في الهند، خاض حرباً في إنجلترا لتخصيص أسرّة للأمهات في أقسام الأطفال. نظر البيروقراطيون للمقترح على أنّه هدرٌ للمال. كان يرى ويب ورأيه صواب

---

(١) السرطان الانبثاثي (metastatic breast cancer): أي: الذي ينتقل من عضو لآخر. (المترجمة).

أنّ ذلك جزء لا يتجزأ من توفير بيئة التعافي للطفل، وذلك بحلّ المشكلات المتعلّقة بالخوف والوحدة.

بعد أن رأيت الوحدة تعمل عملها التدميري في العديد ممن يُعاني من البشر[1]، صرتُ محامياً للردهات المفتوحة في المستشفيات. لم ينضم إلى حملتي إلا القليل حيث يُفضّل أغلب المرضى الغرف الخاصة على المشتركة، وينظرون للردهات المفتوحة برعب. بالرغم من ذلك، فإنّه ومن وجهة نظر إدارة الألم، فإنّ للأقسام المفتوحة العديد من الإيجابيات.

خلال أيامي في التدريب الطبي في لندن، عملتُ في مستشفًى مقسّم إلى ردهات كبيرة تضم ما بين عشرين إلى أربعين سريراً. كان المرضى يتمتعون بهامش خصوصية ضيّق ويواجهون أحياناً صعوبة في النوم، إلا أني لاحظت أنهم لا يميلون إلى الشكوى من الألم. النشاط المتواصل في الردهة ـ حيث يكون هناك من يلقي بالنكات، أو ذاك الذي يترنّم، أو الآخر الذي يقرأ بصوتٍ عالٍ ـ كان يهيّئ لكَمٍّ هائلٍ من تشتيت الوعي، وهو أحد أفضل أساليب التخلّص من الألم. إذا ما نظّم رئيس التمريض المرضى بحرص، كما يُنظم المُضيف ضيوفه في حفل عشاء، فإنّ مجتمعاً عفوياً سيتشكّل.

رأيت في الهند أن مفهوم الردهات يصل إلى نقطة متطرفة. كانت العوائل الممتدة تنتقل إلى الردهات فعليّاً، تتقرفص على الأرض خلال

---

(١) تقترح الأبحاث أنّ الوحدة لربما أثّرت ليس فقط على إدراك الألم بل على الصحة الجسدية. إنّ معدلات الموت المبكّر لمن يعيشون وحدهم تصل ضعفي متوسط المعدلات المحلية. كما تتضاعف معدلات الانتحار لتصل خمسة أضعافها بين المطلّقين، كما تزيد بينهم معدلات الحوادث القاتلة لتصل أربعة أضعاف. يعيش مرضى السرطان المتزوجون أطول من المصابين غير المتزوجين. في دراسةٍ أجرتها جامعة جونز هوبكينز يونيفيرسيتي (Johns Hopkins University) خلُصت إلى أنّ المعدل العام للفضيلة كان أعلى بنسبة ٢٦٪ بين المترمّلين منه بين الرجال المتزوجين (بدا أن لوفاة الشريك أثراً أكبر بكثير [مما يُتصوّر] على صحة الرجال من أثره على النساء). (المؤلّف).

النهار لتعتني بأقاربها المرضى، وأحياناً ما تشبه الردهة الكبيرة بازاراً شرقيّاً أكثر من كونه مكاناً للاستشفاء. كان ينام بعض أفراد العائلات على حصيرٍ مفروشٍ تحت أسرّة المرضى ليلاً. أدهشني كلّ هؤلاء «الدخلاء» بدايةً، حتى أدركتُ الخدمة الملحوظة التي يُؤدّونها في إدارة الألم. ساعدوا مريضهم في السيطرة على القلق، ومسّدوه لما احتاج لذلك. لاحقاً، لمّا مارست الطب في الغرب، كنتُ أستحضر ذلك المشهد الفوضوي ويعتريني الحنين.

في المستشفيات الحديثة، غالباً ما يستلقي المريض في معزِل ولا شيء معه ليركّز فيه عدا ألمه. الدراسة المقارنة الوحيدة التي أعرفها أُجريت عام ١٩٥٦م، وتوصلت إلى أنه في مجمّع المستشفى الواحد، كان المرضى في الردهات المفتوحة يتلقون ما متوسطه (٣,٢) من جرعات العقاقير المسكّنة بعد إجراء العملية، أما في المجموعة المقارِنة من المرضى الذين نزلوا في غرف خاصّة فقد تلقوا ما معدله (١٣,٤) جرعة من تلك العقاقير المسكنة. إنّ التوجه الحديث في الإقامة القصيرة في المستشفى يجعل من الغرف المفردة منطقية أكثر، إلا أنّه فيما يتعلّق بفترات الاستشفاء طويلة المدى فإنّ نموذج مأوى السينات كريستوفر يُقدم البديل الأفضل: كان مشرف الردهات يعمل على تقسيم المرضى في مجموعات تتكون من أربعة مرضى أو ستة، ويُخصص الغرف المفردة القليلة لمن لديهم أعراض حادّة أو سلوكيات مزعجة.

إنّ سدّ فجوة الوحدة التي يعانيها الشخص المتألّم لا تتطلب خبرةً مهنية. إذا ما سألت [مثلاً]: «من الذي يُساعدك غالباً؟» عادةً ما يصف في المرضى شخصاً هادئاً، متواضعاً، شخصاً يجدونه إذا ما احتاجوا إليه، يستمع إليهم أكثر مما يتحدّث معهم، لا يختلس نظرةً إلى ساعته، الذي يضمّ ويلمس، ويبكي. أذكر امرأة، مصابة بالسرطان، ذكرت جدتها، التي كانت سيدةً خجولةً لم يكن لديها ما تقدمه سوى الوقت. كانت وبكل بساطة تجلس على الكرسي وتحيك وحفيدتها تنام، وتُفرغ نفسها لتستمع

إليها، أو تجلب كوباً من الماء أو تجري مكالمة هاتفية. تقول الحفيدة: «كانت الشخص الوحيد الذي كان يتفق مع شروطي، كان يطمئنني وجودها إذا ما استيقظت مفزوعة».

بوصفي طبيباً، أجد أنّه ليس بيدي إلا القليل لأقدمه ويتمثل في حضوري بنفسي. حتى هذا القليل لا يعني أنّي معدوم القوى. لشفقتي أثرها في بث الطمأنينة ليس فقط على من يعاني؛ بل حتى على العائلة بأكملها.

لم يمر بي وقت شعرت فيه بأني عاجز كذلك الذي مرّ بي لما كنتُ أعالج طفلةً ضئيلة في الهند اسمها آني (Anne). كانت من أوائل مرضاي، جلبها إليّ والداها الشابّان التبشيريان المثاليان. آني كانت طفلتهما الوحيدة، وقد راعهما تقيؤ مفاجئ لم ينقطع. في الوقت الذي فحصت فيه الطفلة، حيث أتيا من مسافة بعيدة إلى فيلور، كانت قد مرّت بجفاف مريع. تفحّصتها وطمأنت الوالدين بأنّه وبالرغم من أنّه يبدو أنّ أمعاء آني قد سُدّت تماماً، إلا أنّي أستطيع التعامل معها جراحيّاً. أجريت العملية فوراً، وأزلت الجزء المتأثر المصاب بالغرغرينا. كانت عملية جراحية معتادة، ثم عادت الطفلة آني بعد أيام إلى أحضان والديها المطمئنين الآن.

إلا أنّه وبعد أسبوع عاد لي الزوجان بابنتهما. أزلت الضمادات عن بطن آني، وشممت الرائحة النتنة لسوائل الأمعاء تتسرب من جرح العملية. كنتُ حيرانَ محرجاً. أعدت آني إلى غرفة العمليات، وأعدت فتح الجرح. ويا للغرابة! انفتق الجرح ما إن أزلت القطبات، كما لو أنّه لم يتشافَ أصلاً. وجدتُ الأمعاء داخل الأحشاء تُسرّب ما فيها ولم تشفَ. أغلقتها هذه المرة إغلاقاً متناهيَ الدقة بالعديد من القطبات الدقيقة.

لم تكن هاتان العمليتان إلا بداية سلسلة من العمليات الجراحية لآني. لم نلبث حتى بدا لنا جليّاً أن جسمها يفتقر إلى جانب ضروري من

عملية التعافي. هل يا تُرى كان سبب المشكلة أزمتها السابقة مع الجوع والجفاف؟ وصفت لها البروتينات ونقلت لها الدم، إلا أنّ أنسجتها ما زالت تتصرف وكأنها غير مسؤولة عن عملية الاستشفاء. لم يكن هناك تحذيرات يُطلقها جزء من جسمها تشير إلى حاجة الجزء الآخر. ظللنا نغذيها، وجربت كل أسلوب يخطر لي، حتى أنّي جربت ربط تقاطع الأمعاء بالثرب الغشائي (filmy omentum) الذي يستخدمه الجسم لشفاء الجروح المفاجئة. إلا أنّ الجرّاح يصبح عاجزاً دون تعاون خلايا الجسم. ترفض طبقات الجلد أن تُضم، وتتصدّع العضلات، وتوقع تسرّب العصارات المعوية في أي وقت.

أعترف أنّي لم أستطع المحافظة على «المسافة المهنية» مع الصغيرة آني ووالديها. كانت آني تستلقي بابتسامة حلوةٍ ومطمئنة خلال فحصي إياها، وكان وجهها يطبطب على قلبي. لم يبدُ أنّها تشعر بألم كبير، إلا أنّ ضآلتها تتزايد. كنتُ أنظر لوالديها وقد اغرورقت عيناي، ولاّ أملك إلا هزّ رأسي.

لمّا لُفّ جثمان آني الضئيل استعداداً لدفنه، بكيتُ بحرقة وعجز. بكيت خلال نقل الجنازة إلى المقبرة، بكيت كما لو أنها طفلتي. شعرت بالفشل الذريع بالرغم من أنّي أشك بأن طبيباً بإمكانه أن يُطيل عُمر آني.

وفي الواقع، أقول: إنه وبعد أكثر من ثلاثين عاماً، ما زال يعتريني شعورٌ بالفشل كلما تذكرت آني. وفي يومٍ ما، بعد أن انتقلت إلى لويزيانا بفترة طويلة، تلقيت دعوة لإلقاء كلمة في كنيسة في كينتاكي (Kentucky). كان والد آني قسّ الكنيسة، حيث كان يُعدّ لاحتفال مئويتها. لم أتلقّ عنه أية أخبار منذ عقود، لأتلقى رسالةً أثارت دهشتي. قبلتُ بدعوته من واقع شعوري بالالتزام، والشعور المتأخر بالذنب غالباً.

لمّا عرّف بي أوتو أرتوبوس (Otto Artopoeus) من المنبر، قال ببساطة: «لا أحتاج إلى التعريف بالدكتور بول براند. لقد أخبرتكم جميعاً

عنه. إنّه الطبيب الذي بكى في جنازة ابنتنا آني»، هزّ الحشد رؤوسهم مقرين بمعرفتهم. حاول أوتو أن يقول بضع كلمات أخرى عن ابنته إلا أنّه انهار.

ذهبت إلى منزل أرتوبوس ذلك المساء لتناول طعام الغداء، وتجمّع حول الطاولة كل أطفاله الذين أنجبهم بعد آني، حتى الجيل التالي لأطفال هؤلاء الأطفال. عُوملت بألفة غامرة وبتبجيل، كما لو كنتُ وجيهاً عزيزاً أتى من التاريخ ودخل حيواتهم. كان جليّاً أنّي صرتُ جزءاً من تقاليد العائلة.

كان ردّ فعلي حيال الذهاب إلى كنتاكي وخزة من الشعور بالذنب والحرج. إذ إني وبالرغم من كل شيء الطبيب الذي ترك طفلة أرتوبوس للموت. إلا أني لما ذهبت وجدت أنّ العائلة لا تذكر شيئاً عن الجرّاح الذي فشل. وبدا أن الأطفال يُعاملون قصّة الجرّاح التبشيري الذي اعتنى بأختهم آني وبكى مع عائلتها لما توفّيت مُعاملة الإرث الثمين.

طبيّاً، خيّبت العائلة بأكملها. إلا أنّي تعلمت، بعد بضعة وثلاثين عاماً، أنّنا في المجال الصحي علينا أن نقدم أكثر من العقاقير والضمادات. إنّ الوقوف مع المرضى وعائلاتهم في معاناتهم ما هو في ذاته إلا شكل من أشكال العلاج.

العجز

دخلت المستشفى كمريضٍ خمس مراتٍ متفرّقات، وفي كل مرة كانت قدرتي على إدارة الألم تتخلى عني ما إن أعبر الباب الأمامي. في المنزل، حيث عقاقير تسكين الألم قريبة من متناول اليد، يندر أن ألمسها. ولأنّي أحب أن أكون واعياً تماماً بكل ما يفعله جسمي نيابةً عني، كنتُ أحاول ألا أتسبب في تبليد إدراكي. إلا أنّه في المستشفى وجدت أنّ مثل هذا الحل يذهب أدراج الرياح. إذا ما أقبلت الممرضة بعربة الأدوية ودخلت بها غرفتي، فإنّي أبتلع مسكّن الألم بوداعة.

إنّ المشتبه به الأول، كما أعتقد الآن، هو ما يعتريني من الشعور بالعجز. يجلب لي الطاقم طعامي على الصواني، يحمموني، ويرتبون سريري ويحاولون حتى مساعدتي على الذهاب للحمام. كما أنّي شعرت بخوار قواي في العلاقات: لم يكن من السهل التعبير عن حبّي لزوجتي، وأغلب أحاديثي مع الآخرين تتمحور حول قلقهم وشفقتهم عليّ، وفي هذه الأثناء ـ كانت الرسائل تتكدّس في المنزل، وأعمالي المنزلية والمتعلقة بالبستنة تتوقّف، وأصبح عاجزاً عن الاستجابة. كان ذهني مشوّشاً بالعقاقير، وكانت عواطفي تنهمر دون حدّ.

بطريقة غريبة، بدا أن العالم يُكافئني الآن على المعاناة. جلب لي صندوق البريد بطاقاتٍ وهدايا من أناسٍ لم تصلني أخبارهم منذ سنوات. وهناك آخرون وجدوا طرقهم في إنجاز عملي عنّي، وبملاحظة جيراني [في المستشفى]، وجدت أنّ أفضل طريقة للفت الانتباه في المستشفى هي التأوّه والظهور بمظهرٍ مزرٍ.

بدأت المستشفيات مؤخراً في حل هذه الأساليب التي تُشيع شعوراً بالعجز في المرضى مثلي. بعض العيادات التي تتعامل مع الألم المزمن تُحاول تطبيق منهجية «الثواب الشرطي (Operant conditioning)» في التعامل مع الألم. لا تحرم هذه العيادات المرضى من أدوية الألم، إلا أنها تركّز على إثابتهم لقاء تسجيل علامات التقدم. يُحافظ الطاقم الطبي على ابتساماتهم البرّاقة وكلماتهم الدافئة لتقديمها تشجيعاً للمرضى الذين ينهضون عن الأسرّة ويتمشون في الردهات ويساعدون الآخرين. هذا الثواب الشرطي كان دخيلاً إلى حدّ أنه ينبغي أن يتلقى الأطباء وطاقم التمريض تدريباً خاصّاً لتغيير سلوكهم المعتاد.

أظهرت دراساتٌ لا تحصى العلاقة الواضحة ما بين الشعور بالسيطرة ومستوى الألم المُدرك. في التجارب المعملية، كانت الفئران التي تسيطر قليلاً على الشحنات الكهربائية الطفيفة ـ حيث بإمكانها إغلاق

التيار بالتحكّم بالعتلة ـ تستجيب استجابة مختلفة تماماً عن تلك التي لا تملك ذرة من تلك السيطرة. الفئران «العاجزة» مرّت بأذًى حقيقي: ضعُفت أجهزتها المناعية فوراً وأصبحت أكثر عرضة للمرض. يقول رونالد ميلزاك: «من الممكن أيضاً تغيير مستوى الألم بمنح الناس ذاك الشعور القاضي بأنّ لهم الغلبة عليه، وإن لم يكونوا فعلاً كذلك. إذا ما أتيح للمرضى المصابين بالحروق المشاركة في عملية الإنظار (debridement)[1] لأنسجتهم المحروقة، فإنّهم سيطمئنون إلى أنّه يمكن تحمل هذه العملية أكثر».

عالجت مرضى مصابين بالرثية الحادة ممن لديهم المستوى نفسه من التدهور، إلا أن استجابتهم للألم الذي تُسببه مغايرة. تظلّ امرأة في السرير طوال اليوم، تقبض على يدها المصابة بلوعة حقيقية، ولن تحاول حتى الإمساك بقلم الرصاص. والأخرى تقول لي: «نعم، يدي تؤلمني، إلا أنّي سأجن إذا ما ظللتُ مستلقية. عليّ أن أعمل بأقصى ما عندي، وسأنسى بعد فترة الألم». ينطوي تحت هاتين الاستجابتين اختلافٌ عظيم في الشخصية والمعتقدات والثقة والتوقعات المتعلقة بالصحة. الإنسانة «الميّالة للألم» ترى نفسها ضحية، وملعونة لعنةً غير عادلة. الاضطراب سمة لهويتها. أما الأخرى فرأت نفسها أنها بشر عادي تباطأ نشاطه بسبب الألم. كان لديّ مرضى مُصابون بالرثية يفجؤونني ببطوليتهم الحقيقية في مواجهة الألم. في الصباح يُجبرون أيديهم المتيبّسة على الانبساط ببطء، كان يؤلم، نعم، إلا أنّ حقيقة شعورهم بالمسؤولية تمنحهم نوعاً من التحكم الذي يحدّ من سيطرة الألم.

ذكرت سابقاً أنّ المصابين بالسرطان في مراحله الأخيرة يميلون إلى تقليل تعاطي أدوية الألم إذا ما أُتيح لهم نوع من التحكم بالجرعات. ظهر

---

(١) عملية الإنظار (debridement): عملية إزالة الأنسجة المحروقة والميتة من جسم المريض المصاب بالحروق. (المترجمة).

مؤخراً ابتكار يُدعى «التحكّم بجرعات المريض «Patient -controlled analgesia (PCA)»، الابتكار الذي ذهب أبعد من ذلك وكانت رائدته دامي شيشلي ساوندرس (Dame Cicely Saunders)، يُحمّل هذا الابتكار المريض المسؤولية. يوجد مضخّة محوسبة تحتوي على المورفين أو أي مسكن آخر مثبتة وريديّاً في ذراع المريض، وبإمكانه إدارة الجرعات المحددة كمياتها بالضغط على الزر. الحاسب مُبرمج بقيود أمنيّة لمنع الجرعات الزائدة، إلا أنّه عادةً ما يثبت أنّه لا حاجة لهذه القيود، وبالتالي، فإنّ المريض الذي ثُبتت له هذه المضخة يشعر بألم أقل، ويستخدم مسكّنات أقل، وتقل فترة مكوثه في المستشفى.

بضغطٍ من الحكومة والتأمين الخاص، أُلزمت المستشفيات بالبحث عن أساليب جديدة لتمكين المرضى وبالتالي تسريع عملية التعافي. كان الأطباء يتذمرون من هذا الضغط علانية، إلا أنّهم يعترفون سرّاً أنه ساعد في وقوف المرضى على أقدامهم مرة أخرى. حتى نهاية ستينيات القرن العشرين، على سبيل المثال، كان المرضى عادةً ما يمكثون في المستشفى لثلاثة أسابيع جرّاء أزمة قلبية، بما في ذلك من أسبوع إلى عشرة أيام هامدين على الأسرة. يقرّ أغلب المتخصصين بالشرايين التاجية أنّ هذا التوجه يبدو غير سليم للصحة البدنية والنفسية للمريض حيث يُثير شعوراً بالعجز ويؤخّر عملية الاستشفاء.

الضغوطات المالية كانت ثمن إدراك المتخصصين في الدول الغنية ما لم تنسه الدول الأخرى: إنّ أهم إسهاماتنا هو إعداد المريض ليستعيد التحكّم في جسده. أقتبس في هذا الموضع كلمات اختصاصي الأورام بول كي. هاميلتون (Paul K. Hamilton): «من الناحية العملية، فإن ما يستطيعه الطبيب هو وصف الدواء، أما قوّة التعامل مع المرض فإنّها تنبع من المريض نفسه، وتتركّز مهمة الطبيب وفريق الرعاية الصحية في مساعدته على اكتشاف تلك القوة واستخدامها». بالكاد رأيت في الريف الهندي العجز الذي يستشري كالنار في الهشيم في المستشفيات

الحديثة. إنّ الذين لا تتوافر لهم فرصة الحصول على المساعدة المتخصصة يعرفون يقيناً أن عليهم معالجة أنفسهم، متّكئين على قوة العائلة والمجتمع.

تحارب بعض عيادات الألم المزمن العجز بالتفاوض على «عقود» بينها وبين مرضاها. بدايةً، يُشجع الطاقم المريض على تحديد هدفٍ طويل المدى: يلعب التنس، يمشي لميل، ويعمل في عمل جزئي. ثمّ، وبالعمل معاً فريقاً واحداً، يُجزئون الأهداف إلى أهداف صغيرة، أهدافٍ أسبوعية: حمل مضرب التنس، المشي في الغرفة بعكّاز، ثم المشي بدونه. يُتابع الطاقم الطبي تقدّم المريض الأسبوعي ويثني عليه في كل خطوة جديدة، وعليه يتحوّل التركيز من العجز إلى الإنجاز.

لا يتوجب علينا الاعتماد على المتخصصين المستأجرين للحصول على مثل هذا التشجيع إذ بمقدور الأصدقاء والأقارب تحقيق الشيء نفسه بوضع «عقد» مع الشخص الذي يمر بمرحلة الاستشفاء، ثم الثناء على أدنى انتصار على العجز. إلا أنّه وغالباً ما يفعل من أخذ على عاتقه مساعدة مريضه بنوايا طيبة العكس تماماً. وجدت أنّي ما إن أمرض فإن كل شخص يستميت في منعي من فعل أي شيء حيث يقولون: «إنّ هذا لمصلحتك، طبعاً».

سمعت مرضى مصابين بأمراضٍ في مراحلها الأخيرة يستخدمون هذه العبارة: «الإماتة المبكّرة»، لوصف ما جوهره حالة قسرية من العجز. تتفاقم المتلازمة إذا ما حاول الأقارب والأصدقاء أن تكون الشهور الأخيرة للمريض الذي يحتضر ممكنة التحمّل، [فيقولون مثلاً]: «أوه! لا ينبغي أن تفعل ذلك! أعلم أنك اعتدت على أن تخرج النفايات، إلا أنّ ذلك لا ينبغي فعلاً في حالتك هذه. لأخرجها أنا»، [أو] «لا تُجهد نفسك في متابعة دفتر الشيكات، إذ ستثقل نفسك بقلق غير ضروري. لأتولَّ أنا أمره»، [أو] «أعتقد أنه من الأفضل أن تبقى في المنزل، إنّ مناعتك الآن

منخفضة للغاية». إنّ من يُعاني، مثلنا جميعاً، يشرئبّون لمن يُطمئنهم أن لهم محلّهم [الذي لا يملؤه سواهم]، وأنّ الحياة لن تسير على ما يُرام إذا ما اختفوا، وأن دفتر الشيكات سيصبح فوضى ما لم يتابعوه بأنفسهم. إنّ الراعي الحكيم يسعى إلى الموازنة الخفية ما بين تقديم المساعدة وما بين المبالغة في تقديمها.

لما كنتُ في فترة الامتياز خلال الحرب العالمية الثانية، شهدتُ دليلاً على الإيجابيات التي يُمكن أن تظهر إذا ما شعر المرضى بأنّهم نافعون. كان لدى بريطانيا عدد هائل من الإصابات في خط المواجهة الأوربي، وطلب الجيش فجأة طواقم التمريض، تقلّص طاقم مستشفانا تقلّصاً أضرّ بنا، ولم يكن لدينا من خيار سوى طلب المساعدة من المرضى. كانت الروح الوطنية في أعلى مستوياتها، وتطوّع أغلب المرضى برغبتهم.

مُشرفة طاقم التمريض، امرأة حيوية كانت مُرشدةً مدرّبة دقيقة، قسمت المهام على كل مريض يستطيع المشي والقليل ممن كان يستخدم الكراسي المتحرّكة. كانوا يجلبون أوعية التبوّل، ويغيرون الملاءات، ويوزعون الطعام والماء، ويقيسون الحرارة ويقرؤون ضغط الدم. ركزّت الممرضات اللاتي بقين على التعامل مع العقاقير والقطرات، وتوثيق السجلات. جرت الأعمال بشكل جيد، ونتج عنه منافع جانبية استثنائية: انشغل المرضى للغاية بالعناية بآلام بعضهم حتى إنهم نسوا آلامهم. ولحظت انخفاضاً يُقارب الخمسين بالمئة في الطلب على أدوية الألم. في جولاتي الليلية، وجدت أنّ المرضى ممن يحتاجون عادة إلى العقاقير المنوّمة ينامون بسلام خلال جولتي. بعد أسابيع من برنامج الطوارئ هذا، وظّف المستشفى مزيداً من الممرضات وأراح المرضى من مهامهم التطوعية. ارتفعت الجرعات فوراً، وخيّم الجو المعتاد من العجز والخمول مجدداً.

سُئل الدكتور كارل مينينغير (Karl Menninger) مرّة: «بم تنصح الإنسان إذا ما شعر بأنّه على حافة الانهيار العصبي؟» فأجاب: «افتح باب منزلك، واخرج إلى الشارع، وابحث عمن يحتاج المساعدة وقدّمها له» بتلك المعنويات، ولو مُدّ لي في عمري على الأرض، فلربما حاولت ابتكار خطّ جديد من مرافق العناية بالمرضى مصممةً لاستبدال العجز بالشعور بالمعنى، وذلك بدمج الأنشطة الإنتاجية بنظام الحياة اليومية.

زرتُ في إنجلترا مرفقاً يتكون من منزلٍ للمسنين مدمج بحضانة. إن أثر ذلك على النزلاء كان رائعاً. من الصعب تحديد المنتفع بذلك: أهم المربّون المسنون ممن يختالون فخراً بأنّ هناك من يحتاجهم أم الأطفال ممن يتلقون اهتماماً كاملاً. لم ألقِ نظرة على سجلاتهم الصحية، إلا أني على يقين بأنّ هؤلاء النزلاء كانت حاجتهم لأدوية الألم أقل.

زرتُ في الوقت نفسه مأوى رعاية تقليدي أكثر في موقع جميل. كانت الأرضية مغطاة بحجر الميكا الأبيض (mica -white) اللامع، وكان العاملون يجدّون في تلميع الدربزينات والأثاث. المدير، الذي كان مُرشدي في الجولة، يُشير إلى المعدات الطبية التي بدت كتحفٍ فنّية. شرح لي بأنّ هذا المرفق يُقدم غرفاً مفردة لتحقيق الخصوصية التامة. لما خرجنا، لحظتُ متفاجئاً أنه لم يكن هناك مرضى يستمتعون بالمسطّحات الشاسعة، بغض النظر عن الجو الربيعي الدافئ، فأجابني: «أوه! لا نسمح بذلك. لما كُنا نسمح لهم بالخروج، كان يُصاب العديد من المرضى بنزلات البرد وبالحساسية وعليه قررنا إبقاءهم جميعاً في الداخل». في الواقع، وعلى حد قوله، فإنّ العديد من المرضى مربوطون بالسرير: «إنّ هؤلاء المسنين هشّون للغاية، كما تعلم، دائماً ما يكونون عرضةً للسقوط وكسر العظام»، بينما كنت أتمشى بين الممرات، انقبض قلبي. رأيت مرضى يتلقون عناية فائقة في غرفٍ مطهّرة تماماً، حيث تذبل أرواحهم وتفرط من بين أيدينا.

أذكر بوضوح درويشاً عالجته في الهند. بالرغم من أنّه أتى لي لمعالجة قرحة معدية، إلا أنّي كنتُ مأخوذاً بيده اليسرى، التي كان يرفعها دون كلل كما يرفع شرطي المرور علامة «قف». لم يرغب في أن أفحص يده أو ذراعه، إلا أنّه حكى لي كيف صارت إلى هذه الحال. قبل خمسة عشر عاماً، أقسم قسماً دينيّاً أنّه لن يُنزل تلك اليد أو يستخدمها مرة أخرى. ضمرت الأضلاع، وتيبست الغضاريف، وصارت اليد ثابتةً في مكانها كجذع الشجرة.

يُمثّل الدرويش بيده المتصلّبة ما تقف عنده حدود الرعاية الطبية، ذلك أنّ أي أساليب تصحيحية ممكنة ستذهب أدراج الرياح بقراره. إنّ أفضل جرّاح لليد ومعالج في العالم لن يستطيع معالجة الضرر الذي تعرّضت له يده ذلك بسبب الخيار الذهني الذي اتّخذه. لا بد أن ذلك آلمه في الأيام الأولى من قسمه - [حيث قال]: لم أستطع تثبيت يدي في تلك الوضعية لنصف ساعة دون أن أشعر بالعضلات تتشنّج حول كتفي - إلا أنّه هزّ كتفيه لا مُبالياً لما سألته عن الألم، لقد عزل ذراعه والألم عن ذهنه، فعليّاً.

إنّ مسار عملية الاستشفاء تعتمد إلى حد كبير للغاية على ما يعتمل في ذهن المريض. إنّ التحدي الذي يواجه الطب هو إيجاد الطريقة التي تنزع اللثام عن القوى المُذهلة للذهن في التعافي.

إنّ كتاب «تشريح العِلل (Anatomy of an Illness)» يحكي قصة نورمان كوزينيس (Norma Cousins) مع مرض التهاب الفقار المقسط (ankylosing spondylitis)، المرض الذي يشلّ النسيج المرتبط بالحبل الشوكي. يتضمن الكتاب وصفاً لفترة مكوث كوزينيس في المستشفى، إذ هو ملخّص يصف بدقه ما شعرته به بوصفي مريضاً:

«كان الشعور المهيمن بداية الشعور بالعجز، وهو مرض خطير

بحد ذاته.

كان هناك خوف داخلي من عدم القدرة على العمل بطريقة طبيعية أبداً...

كان هناك مقاومة كيلا يُظنّ أني شكّاء.

كان هناك الرغبة في ألا تُحمّل العائلة فوق ما تحتمله من الجزع العظيم؛ هذه الرغبة التي تزيد من العزلة.

كان هناك صراع بين رُعب الوحدة وبين الرغبة في البقاء وحيداً.

كان هناك غياب للتقدير الذاتي، لعله على الأغلب ذاك الشعور الباطني بأنّ مرضنا ما هو إلا تجلٍّ لقصورنا.

كان هناك الخوف من أنّ هناك قرارات تُتخذ دون علمنا، وأنّه ليس كل ما يُقرر أن نعلمه هو ما نريد معرفته، إلا أنّنا نهاب ذلك.

كان هناك الخوف المرضي من التقنية المتطفلة، الخوف من أن تُجرى عمليات التأيّض عن طريق قواعد البيانات، حيث لن نستطيع أبداً استعادة ماء وجوهنا.

كان هناك الحنق على الغرباء ممن يدخلون علينا بالحُقن والقناني، حيث يُفترض ببعضها أن تنشر مواد سحرية في شراييننا، وبعضها تمصّ من دمائنا أكثر مما نعتقد أننا مستعدون لفقدانه.

كان هناك ضيق ركوب الكراسي المتحركة ليدفع بنا شخصٌ آخر عبر الممرات البيضاء إلى المعامل حيث نكون في مواجهة مع كل أنواع الغزاة المسلّحين بالآلات الدقيقة والأنوار الوامضة والأقراص الدائرية.

وكان هناك الفراغ المُطلق الذي نتج عن الحنين - المتغلغل، المطّرد والذي يستحيل التخلّص منه - لدفء التواصل البشري. كانت الابتسامة الدافئة واليد الممدودة ذات قيمة عالية، تفوق حتى ما يقدمه العلم الحديث، إلا أنّ الأخير متيسّر الحصول عليه

أكثر بكثير من الأول».

عرّفت الخوف والغضب والشعور بالذنب والوحدة والعجز بوصفها أكثر الاستجابات التي تضخم الألم. بينما كنت أقرأ وصف نورمان كوزينس، شعرت بأنّ كل هذه المعززات قد تضافرت. لعلها تبدو أعداءً لا قِبل لنا بمواجهتهم مرة واحدة حيث تستنفد المعاناة طاقاتنا. إلا أنّ الجيد في الأمر أنّه وكما يُنسب لضابط فرنسي قيل له: إنّ جيشه قد أُحيط به قوله: «يا للروعة! إنّ هذا يعني أننا نستطيع الهجوم من أي جهةٍ شئنا». لا نستطيع دائماً النجاح في التخلّص من الألم في المرحلتين الأولى والثانية، إلا أننا جميعاً، وبغض النظر عن الحالة الجسدية، بإمكاننا خوض معركةٍ مع الألم في مرحلته الثالثة، في الذهن الواعي.

د. بيرني سيغل يقول بأنه لحَظ ثلاثة أنواع من المرضى: ما نسبته ١٥ إلى ٢٠ بالمئة من المرضى لديه ما يشبه الرغبة في الموت، يئس هؤلاء من الحياة، حتى إنّهم يرحبون بالمرض بوصفه بوابةً للهروب. إنّ الطبيب مقيّد تماماً مع هذا النوع من المرضى؛ ذلك أنه وإن حارب الطبيب في سبيل تطبيبهم، فإنهم سيقاومونه ويحاولون الموت. بينما ٦٠ إلى ٧٠ بالمئة من المرضى في المنتصف، يصفهم بقوله: «يُمثّلون لإرضاء الطبيب. يتصرفون بالطريقة التي يظنون أن الطبيب يريدها، على أمل أن يفعل الطبيب كل شيء وألا يكون طعم الدواء سيئاً... هؤلاء المرضى، حيث الخيار متاح لهم، يُفضلون توجيههم والتحكم بهم على أنّ يبذلوا جهدهم في التحسّن».

النسبة الباقية التي تشكّل ما نسبته ١٥ إلى ٢٠ بالمئة هي ما يصفها سيغل بأنها «المرضى الاستثنائيون»، [فيصفهم بأنهم]: «لا يختبرون أحداً، إنما يظهرون على حقيقتهم. يرفضون لعب دور الضحية». يُقر سيغل بأنّ هذه المجموعة الأخيرة تُشكل تحدياً؛ ذلك أنهم غالباً ما يكونون مرضى صعاباً. حين يكونون في المستشفى، لا يُسايرون الطاقم بوداعة، إذ

يُطالبون بحقوقهم، ويبحثون عن رأيٍ آخر، ويتساءلون عن الإجراءات، إلا أن هذه المجموعة وفي الوقت نفسه هي من تتشافى.

بالنظر إلى ما قضيته في مهنتي، لا أملك إلا أنّ أتفق مع تصنيفات سيغل. في مجال التأهيل، كانت الصعوبة الأساسية التي كنت أواجهها هي تقبّل مرضاي فكرة أنّهم وحدهم من يقرر أقدارهم. بإمكاني إصلاح يد، أما أمر عملها مرة أخرى فإنه يعود للمريض. لم أكن لأكمل عملي ما لم أُلهمهم السعي لصحتهم حتى نصل لمرحلة رغبتهم العميقة في التعافي. إنّها لنعمة أن أعرف العديد من المرضى الاستثنائيين على مرور السنين، [ومنهم] مرضى الجُذام الذين تجاوزوا العجائب والأحداث الوحشية في سبيل تكوين حياةٍ ثرية ومُرضية لأنفسهم.

أحد أكثر المرضى استثنائية الذين قابلتهم كان نورمان كوزينس ذات نفسه. لم أعالج نورمان أبداً كمريض، إلا أنّي عرفته منذ ثلاثين عاماً تقريباً، وكنا عادةً ما نتقابل خلال فترة علاجه من التهاب الفقار المقسط والأزمة القلبية التي مر بها لاحقاً. قابلته أول مرة بداية ستينيات القرن العشرين، لما كان نافذاً قوياً في مجال الصحية ومحرراً لمجلة ساترداي ريفيو (Saturday Review Magazine). الاقتصادي جون دي. روكفيلير الثالث (John Rockefeller III) وهينري لوس (Henry Luce) صاحب مجلة تايم ـ لايف (Time -Life Magazine) كانا مهتمين بعملنا في طب الجُذام في فيلور، ورتبا للقاءٍ معنا. أتذكر تماماً عقلية كوزينس العبقرية والفطنة. كان لديه فضول لا حدّ له، وبدا مأخوذاً بكل تفصيلٍ دقيق حول بحثنا المتعلّق بالألم.

إنّ قصة معركة نورمان كوزينيس الشخصية ضد المعاناة شهيرة للغاية، ولا حاجة لاستعراض العديد من التفاصيل هنا. كان كوزينيس قد تبنّى برنامجاً شخصيّاً لمنازلة «معززات الألم»، البرنامج الذي ألهم المرضى حول العالم. كان، على سبيل المثال، يحارب الشعور بالعجز

بتعليق علامة على بابه تُقلل من طلب طاقم المستشفى لعينات من دمه حتى وصلت عينة واحدة كل ثلاثة أيام، وكان على الطاقم أن يعمل على هذه العينة فقط. (كان الطاقم يأخذ أربع عينات يومياً، ليتمكن كل قسم في المستشفى من الاحتفاظ بعيناته الخاصة). حارب الغضب باستعارة مستعرض أفلام (movie projector) ومشاهدة الأفلام التي أبطالها كوميديون مثل الإخوة ماركس (Marx Brothers) وشارلي تشابلين. [ألزم نفسه بما سمّاه] «الاكتشاف الممتع الذي ينص على أنّ ضحكاً عميقاً لمدة عشر دقائق يمنحني ساعتين على الأقل من النوم بلا ألم».

قام توجّه كوزينس بأكمله على اعتقاده بأنّه، وما دامت المشاعر السلبية تنتج وبوضوح تغيرات كيميائية في الجسم، فإنّ المشاعر الإيجابية - كالأمل والإيمان والحب والمتعة والرغبة في العيش والإبداع واللهو - لا بد أنّها تتصدى لتلك السلبية وتساعد في التخلص من معززات الألم. في أعوامه الأخيرة، انتقل كوزينس إلى كلية الطب في جامعة يونيفيرسيتي أوف كاليفورنيا وأنشأ مجموعة بحثية لدراسة أثر التوجهات الإيجابية على الصحة[١].

أجرى كيزنس مسحاً على ٦٤٩ اختصاصي أورام، وسألهم عن العوامل النفسية والعاطفية المتعلقة بمرضاهم وقرروا [بالتالي] أهميتها. أجاب أكثر من ٩٠ بالمئة منهم بأنّهم يُقرّون بأنّ الارتباط كان في أعلى مستوياته ذاك الذي كان مع الأمل والإيجابية. أحد أهم الهِبات التي يُمكننا تقديمها في المجال الصحي لمرضانا: الأمل، ذلك أنّه يُلهم المريض قناعة عميقة بأنّه يُمكن للقوة الداخلية إحداث فرقٍ في الصراع ضد الألم والمعاناة.

---

(١) إنّ تفاصيل خطة استشفاء نورمان كوزينس موصوفة في كتبه الثلاثة: تشريح العِلل (Anatomy of Illness) القلب المتعافي (Healing Heart) والرأس أولاً: علم حياة الأمل (Head First: The Biology of Hope). (المؤلّف).

في بواكير أبحاث العقاقير، كانت العقاقير الجديدة التي يتم اختبارها للألم تفوق للغاية معايير المعالجة التي كانت توضع للتحكم بها [أي: العقاقير] كانت النتائج مدهشة للحد الذي دفع الباحثين إلى التشكيك بأساليبهم. اكتشفوا عاملاً جوهريّاً: كان الطبيب ولا شعوريّاً يقدّم الثقة والأمل للمرضى ممن يخضعون للعقاقير التجريبية. كان الأطباء وعن طريق الابتسامة والنبرة والتوجّه يُقنعون المرضى بإمكانية التحسّن. ولهذا السبب صارت منهجية «مزدوجة التعمية (double blind)»[1] طريقة اختبار معيارية، حيث تطمئن هذه المنهجية إلى أنّه لا الطبيب ولا المريض لديهما علم بالعقاقير التي يتم اختبارها.

لما شارفت حياته على خواتيمها، كتب نورمان كوزينس: «لم يكن شيئاً مما تعلّمته في كلية الطب خلال العقد الماضي مُدهشاً كدهشة علمي بحاجة المرضى إلى التطمين... إنّ المرض تجربة مريعةً، شيء يحصل ولا يعرف الناس التعامل معه، ويتواصلون مع غيرهم ليس بقصد الحصول على مساعدة طبية؛ بل للتوصل إلى طرق أخرى للتفكير بالمرض الكارثي. إذ يتطلّعون إلى التشبّث بالأمل».

(١) منهجية مزدوجة التعمية (double blind): منهجية علمية تعتمد تكرار إجراء التجربة العلمية دون أن يعرف أطرافها خضوعهم لهذا البحث أو جهل مُكرر التجربة بالباحث الذي أجراها أوّل مرة بغرض التأكد من صحة النتائج. (المترجمة).

١٨
اللذة والألم

«في إيطاليا ولثلاثين عاماً تحت حكم آل بورجيا[١] عايشوا الصراعات والرعب والقتل وحمامات الدماء، إلا أنّهم أخرجوا مايكل أنغلو[٢]، وليوناردو دا فينشي، وحركة النهضة[٣]. وفي السويد، عاشوا حباً أخوياً، وتمتعوا بخمسمئة عام من الديموقراطية والسلام، وما الذي أخرجوه؟ ساعة الوقواق»[٤].

غراهام غريني (Graham Greene)، الرجل الثالث (The Third Man)

«وضعت الطبيعة الجنس البشري تحت سيطرة سيدين هما الألم

---

(١) آل بورجيا (Borgia Family): أسرة أوروبية بابوية سياسية تنحدر من أصول إسبانية بسطت نفوذها في أوروبا ابتداءً بتثبيت جذورها في إيطاليا. (المترجمة).

(٢) مايكل أنغلو دي لودوفيكو بوناروتي (Michelangelo di Lodovico Buonarroti) (١٤٧٥ ـ ١٥٦٤م): نحّات ورسّام ومهندس وشاعر إيطالي، أحد أهم رجال باكورة عصر النهضة وذو أثرٍ طاغٍ على تطوّر الفن الغربي. (المترجمة).

(٣) عصر النهضة (Renaissance): كلمة فرنسية تعني: إعادة الولادة، وهي فترة الحضارة الأوربية التي تبعت العصور الوسطى، أو عصور الظلام كما تسمى. كان عصراً لازدهار العلوم والاكتشافات والفنون والتحولات في الأنظمة السياسية والتجارية. اشتعلت في فرنسا خلال القرن الرابع عشر ووصلت أوجها خلال القرن الخامس عشر، ثم انتشرت في القرنين السادس عشر والسابع عشر في أنحاء أوروبا. (المترجمة).

(٤) ساعة الوقواق (Cuckoo clock): ساعة تقليدية قديمة يخرج منها عصفور ليغرّد رأس كل ساعة. ويقصد الكاتب: أن الرخاء لا يُنتج شيئاً ذا بال. (المترجمة).

واللذة. يعود الأمر إليهما لتحديد ما ينبغي علينا فعله، وتقرير ما سنفعله أيضاً». نقلاً عن جيرمي بينثام (Jeremy Bentham)، مؤسس جامعة يونيفيرسيتي كوليج في لندن. بدا أنّ الأنسب لخاتمة كتابٍ خُصص للحديث عن أحد هذين السيّدين أن نتناول بكُليمات السيّد الآخر، خصوصاً وأنّ الاثنين مرتبطان ببعضهما غاية الارتباط. وجّهتُ نقدي للمجتمع الحديث لإساءته فهم الألم وإخراسه عوضاً عن الإنصات إلى رسائله. وأتساءل إذا ما كنا قد أسأنا فهم اللذة أيضاً.

أميل بحدسي الطبي إلى أخذ وجهة نظر الجسم في الاعتبار عند تحليلي لاستشعارٍ ما. يؤكد فرويد (Freud) على «مبدأ اللذة» بوصفه المحفّز الأساسي للسلوك الإنساني؛ ويرى المتخصص في علم التشريح أنّ الجسم يُعبر عن الألم أكثر. كل إنش مربّع من الجلد يحتوي على آلاف الأعصاب المخصصة للألم والبرودة والحرارة واللمس، وليس منها أي خلية تتعلق باللذة. إنّ الطبيعة ليست بذاك التهتّك. تظهر اللذة بوصفها منتجاً جانبيّاً، نتيجة لجهود متبادلة بين الخلايا المختلفة التي تعمل معاً وفقاً لما أسميه «المجتمع البهيج».

كتب صاميول بيبس (Samuel Pepys)[(١)] في أحد يومياته بعد حفل غنائي أنّ صوت الرياح بدا له آلاتٍ قد سلبت لُبّه: «نعم، فعلاً، وبكلمة واحدة، كانت قد تغشّت روحي مما أمرضني فعلاً، كما حصل سابقاً لما وقعت بحب زوجتي». رأى بيبس أنّه، ومن وجهة نظرٍ فيزيولوجيّةٍ بحتة، أنّ الاستشعار الخلّاب الذي تغشّاه بسبب الجمال أو الحب الرومانسي، تسبب له بما يُشبه، شبهاً غريباً، الدوار. شعر بمغصٍ في معدته،

---

(١) صاميول بيبس (Samuel Pepys) (١٦٣٣ ـ ١٧٠٣م): برلماني بريطاني، وفرد في القوات البحرية الإنجليزية. اشتُهر بمذكراته التي ظل يكتبها يومياً لعقد كامل (بدأها من شهر يناير ١٦٦٠ إلى شهر مايو ١٦٦٩) التي كانت تصف الحياة والأحداث خلال القرن السابع عشر. (المترجمة).

وخفقان، وشدّ عضلي، هذه الأعراض الجسدية التي لربما يمر بها إذا ما استشرفه المرض.

اللذة، كما الألم، تتموضع في الذهن، وأكثر من ذلك فإن اللذة تعتمد جزئيّاً على تقارير أعضاء الحس. لا شيء يؤكد أنّ تجربة واحدة ستكون ممتعة لشخصين مختلفين: الأصوات التي تُطرب المُراهقة في حفل لموسيقى الروك لربما أحدثت لوالديها ما يُشبه الألم، حفيف الأشجار الذي غيّر حال صاميول بيبيس لربما تسبب لتلك المراهقة بالنعاس.

التوام المختلف

يُعرّف قاموس أكسفورد للغة الإنجليزية (The Oxford English Dictionary) اللذة بأنها حالة «يستحثّها الاستمتاع أو التشوف لما يُشعر أو يُرى أنّه جيّد أو مرغوب... عكس الألم». ليوناردو دا فينشي رأى الأمور رؤية مختلفة. رسم في دفاتره هيئةً لرجل منعزل منقسمٍ لنصفين، حيث من بطنه وصاعداً [تجد]: جذعين اثنين، ورأسين ملتحيين اثنين، وأربعة أذرع؛ كالتوأم السيامي المتّصل من الخصر. عنون هذه الدراسة: «مجاز اللذة والألم»، معلّقاً عليها: «إنّ اللذة والألم يُمثلان توأماً، جُمِعا لاستحالة تفرقهما... وُجدا وظهراهما لبعضيهما ذلك أنهما العكس من بعضهما. وُجدا لينبثقا من الجذع نفسه؛ ذلك أن لكليهما أصلاً واحداً هو أساسهما نفسه، ذلك أنّ أساس اللذة سعيٌ مع ألم، وأساسيات الألم اللذائذ العبثية والمنحلّة».

لفترة طويلة من حياتي كُنتُ أصنّف اللذة، كما يصنفها قاموس أكسفورد الإنجليزي، بأنها عكس الألم. في مخطط رسومي، سأرسم قمة في كل زاوية، وقاعاً في المنتصف: تمثل القمّة في الجهة اليسرى تجربة الألم أو التعاسة الشديدة، أما القمة في الجهة اليمنى فتمثّل السعادة الخالصة أو البهجة. من الطبيعي أن يعيش الإنسان بين هاتين القمتين.

الشخص السليم، كما رأيت لاحقاً، يشق طريقه بحزم من قمة الألم إلى قمة السعادة.

والآن، بالرغم من ذلك، تقاربت نظرتي مع ما صوّره دا فينشي عن اللذة والألم بأنهما توأم سيامي. وذلك لسببٍ ما، كما أوضحت، أنّي لم أعد أرى الألم عدوّاً نتحاشاه. تعلّمت من المحرومين من الألم أني لا يمكنني الاستمتاع بالحياة بسهولة دون الوقاية التي يوفرها لي الألم. كما أن هناك عاملاً آخر أيضاً، إذ صرت واعياً أكثر وبطريقة مطّردة بالتشابك الخفيّ بين الألم واللذة.

سأعيد رسم المخطط الرسمي لمدى التجربة الإنسانية لأبيّن قمّة واحدة مركزية وسط محيطٍ فارغ. ستمثل تلك القمّة الحياة [التي تعني: Life بالإنجليزية] بحرفٍ L كبير، وهي النقطة حيث يلتقي الألم واللذة، اللذان ينبثقان من سلسلة النوم أو الموت أو اللامبالاة.

إذا ما ألقيت كلمةً في كنيسة أو تحدثتُ لمجموعات طبيّة، غالباً ما أروي قصصاً من طفولتي أو عملي الجراحي في الهند، ولربما سمعت من يقول: «أوه! يا للمسكين»، أو «النشأة دون أنابيب مياه أو الكهرباء ولا حتى البث الإذاعي، عدا التضحيات التي بذلتها للعمل مع أولئك البائسين في تلك الظروف الصعبة!»، كنتُ أحدّق ذاهلاً فيمن يبدي شفقته، مُدركاً الفرق في رؤية كلينا للذة والرضا. في هذا العصر المُترف أتفكّر بفترة زمنية قدرها ثلاثة أرباع قرن، ولا أنسى الأوقات التي بدا أنها صراع شخصي، وكيف أنها تُشرق إشراقاً عجيباً. خلال عملي مع مرضى الجُذام، واجه فريقنا الطبّي شظف العيش نعم، وكثيراً من الحواجز، وكانت العملية التي تقضي بعملنا معاً لقهر تلك الحواجز قد ورّثتنا ما أذكره الآن على أنّه أبهج لحظات حياتي. أرغّب أحفادي الذين أشهد ترعرعهم في ضواحي أمريكا في ثراء الحياة التي استمتعت بها في الظروف «البدائية» في سلسلة جبال كولي مالاي في الهند.

لدي ذكريات طفولة زاهية عن ثمار الفراولة. لما حاولت أمي زراعة ثمار الفراولة في حديقتنا، احتشدت الحشرات والطيور والمواشي والمناخ غير اللطيف للجبال ضدها. لمّا استطاعت بعض الفواكه الصلبة مواجهة أعدائها، كنّا نُقيم احتفالاً لثمار الفراولة. حيث لم يكن لدينا ثلّاجة لحفظ تلك الثمار، كُنّا نتناولها فوراً. أنا وأختي كوني كنّا نتنافض متحمسين لها. كنا نتجمع حول الطاولة نحدّق بثمرة الفراولة الزاهية الطيّبة تلك أو الثمرتين، ونشمها ونتمتّع بمذاقها. ثم وبعد حملقة مطوّلة مني ومن كوني، كانت أمي تقسّم الثمار إلى أربع حصص متساوية. كنّا نرتب الفاكهة في صحن، ونضيف الحليب أو الكريمة، ونتناول كل حصة ببطءٍ وتلذّذ. يكمن نصف المتعة في طعم الفراولة ونصفه في متعة المشاركة. أستطيع الآن، بطبيعة الحال الذهاب إلى سوقٍ قريب من منزلي وأشتري سلة من ثمار الفراولة، أتت على الطائرة من تشيلي (Chile) أو أستراليا، في أي شهرٍ من العام. إلا أنّ اللذة التي تتحصّل لي من تناول هذه الثمار لا تُقارن بتجربتي خلال الطفولة.

يساعد المبدأ نفسه في التفكّر بموجة يبدو أنها عالمية تقريباً في ذكريات المسنين: حيث يميلون إلى استحضار الأوقات الصعبة بشيء من الحنين. يتبادل المسنون القصص حول الحرب العالمية الثانية والركود العظيم (Great Depression). يتحدثون بولع عن العواصف الثلجية، والمراحيض الخارجية خلال طفولتهم، وفترة الدراسة الثانوية والجامعية حيث تناولوا الحساء المعلّب والخبز البائت لثلاثة أسابيع متواصلة. في مواجهة الخلفية الداكنة للمشاق والجوع تزدهر موارد جديدة للمشاركة والشجاعة والاستقلالية التي حملت معها لذةً غير متوقعة والمتعة كذلك.

أشعر حاليّاً بقدوم موجة من التبرّم في الولايات المتحدة وكثير من المناطق في الغرب. لا تبدو الحياة الجيّدة كما هي فعلاً وما وُعد بها. إنّ مما يُقلق النقاد تحول الأمريكيين إلى حالمين وضعفاء، حيث تحفّز «ثقافة الشكاية» العويل على مشكلةٍ ما، أو رفعها قضيةً إلى المحكمة عوضاً عن

السعي لتجاوزها. من واقع عيشي لثلاثة عقود في الولايات المتّحدة، سمعت مراراً هذه المخاوف ينطق بها السياسيون والجيران والمعلّقون الإعلاميون. بالنسبة لي، فإن قلب القضية يكمن في الاضطراب الجوهري المتعلّق بالألم واللذة.

لربما أجازف بأن أظهر بمظهر العجوز الذي يحنّ إلى «الأيام الجميلة القديمة»، إلا أنه وبالرغم من ذلك فإنّي أتهم الترف بأن جعل الغرب الصناعي الحديث مكاناً صعباً لتجربة اللذة. إنها لسخرية بالغة، ذلك أنّه ما من مجتمع في التاريخ حقق نجاحاً مُبهراً في تقليص الألم واستثمار الفراغ. إلا أنّه يمكن القول: إن السعادة تسحب بساطها ممّن يسعى لها. وبطريقة مواربة، تظهر في اللحظات غير المتوقعة، تظهر منتجاً جانبيّاً وليس رئيسيّاً.

مروري بتجربتين مع حلّاقين اثنين، أحدهما في كاليفورنيا والآخر في الهند أنار بصيرتي لأتفكّر لشيء مهم حول طبيعة القناعة، وهي حالة من اللذة مستوطنة عميقاً. زرت الحلاق الأول في لوس أنجلوس قبل أن أنطلق في رحلةٍ لما وراء البحار في ستينيات القرن العشرين. عمِل هذا الحلاق في محلٍّ حيث قرميده لامع وأدواته من الفولاذ الذي لا يصدأ ومعداته الحديثة بما في ذلك أربعة كراسي مائية ترتفع وتنخفض بضغطة زرّ من بدالة يضغط عليها بالقدم. كان المالك وحيداً في محلّه وسعدت بأنّ استقبلني قُبيل رحلتي.

كان مالك المحل رجلاً غضوباً في أواخر خمسينياته استغل هذه المناسبة للتشكي من التعاسة التي تجلبها مهنة الحلاقة في العصر الحديث حيث قال: «بالكاد أستطيع كسب لقمة عيشي هذه الأيام، لا أتلقى أيّ مساعدة حقيقية. يتجادل الحلاقون الذين يعملون عندي على البقشيش ويطالبون بعلاوات. ليس لديهم أدنى فكرة عن مدى صعوبة هذا العمل. كل شيء أكسبه عليّ دفعه للحكومة على هيئة ضرائب». واصل تعليقاته

المريرة على حالة الركود الاقتصادي، وحماقات تشريعات السلامة في العمل، وجحود عملائه. لما نهضت عن كرسيه، شعرت كأنّي سألته قيمة جلسة مع معالج، إلا أني دفعت له خمسة دولارات، وهو مبلغٌ مبالغ به لقصة شعر في تلك الأيام.

مرّ شهر حيث ذهبت في رحلاتٍ غير مجدولة إلى أستراليا وبعض الأماكن في آسيا قبل توجهي إلى فيلور في الهند. احتجت مرة أخرى لقصّ شعري. زرت هذه المرة محل حلاقةٍ مقابل مستشفى فيلور. وجّهني الحلاق إلى كرسيه الذي ليس في المكان غيره، وكان عبارة عن قطعة صلبة من المعدن الصدئ المغطاة بجلدٍ متشقق تظهر منه البطانة. لما جلستُ اختفى خارج المحل وعلى عادته [كما بدا] عاد بطستٍ نحاسيٍّ بالٍ حمل به الماء. لما حان دوري فرش ببراعة صينية من المقصات والأمشاط، والشفرة الحادة ومشابك الشعر. أذهلني شعوره الخاص بكرامته. كان سيّد حِرفته، التي يعرف أنها حرفة قيّمة. أخذ وقته في ترتيب أدواته كما تفعل ممرضاتي في غرف العمليات في الشارع المقابل.

خلال أن كان الحلاق يحدث ضجيجاً بشحذه الشفرة، استعداداً لقص شعري، ظهر ابنه ذو الأعوام العشرة بغداءٍ ساخن جلبه من المنزل. نظر الحلاق إليّ معتذراً وقال: «سيدي، ستفهم أن هذا موعد غدائي. هل تسمح لي بقص شعرك إذا ما انتهيتُ؟».

رددتُ: «طبعاً»، مُطمئنّاً إلى أنّه لن يقدم لأجنبي يرتدي معطف الطبيب معاملة خاصّة. راقبت المشهد حيث كان الصبي يضع الغداء على ورقة شجرة الموز. جالساً على الأرض، تتصالب ساقاه النحيلتان، يشارك الوالد في تناول الرزّ والمخلل والكاري والروب بينما كان الابن واقفاً جواره مستعداً لوضع الطعام مرةً أخرى على الورقة. في النهاية، أطلق الحلاق صوت تجشؤٍ عالياً، وهي إشارة تقليدية للتعبير عن الرضا.

قلت للحلاق: «أظن أن ابنك سيصبح حلاقاً مثلك»، حيث شهدت التوقير الذي يُعامل به الصبي والده. تبسّم الحلاق فخوراً ورد: «بلى، نعم! أرجو أن يكون لديّ كرسيان حين يحين الوقت لذلك. بإمكاننا العمل معاً حتى أشارف على سن التقاعد. ثم سيؤول المحل إليه».

بينما كان الصبي يُنظّف المكان، بدأ الوالد عمله على شعري. شعرت أحياناً كما لو أن مشابكه الأثرية كانت تسحب الشُّعيرات من جذورها، إلا أني في النهاية حصلت على قصة شعر رائعة. طلب بعدما انتهى أجرته: رُوبية واحدة، وهي ما يساوي عشرة سنتات أمريكية. ألقيت نظرة خاطفة على المرآة، مقارناً باستحسان ما بين قصة الشعر هذه وتلك الأخيرة، وبفعلي ذلك لم أستطع مقاومة المقارنة بين الحلاقين أيضاً. لسبب ما، بدا أنّ الذي يكسب واحداً بالمئة من أجرة الآخر يعيش حياةً أسعد.

إني ممتن للوقت الذي قضيته في الهند. تعلمتُ من الناس الذين يشبهون هذا الحلاق أنّ القناعة حالة داخلية، الحقيقة التي تضيع وسط هيمنة الدعايات الضاغطة في الغرب. هنا، نوجّه باستمرار للاعتقاد بأنّ القناعة تأتي من الخارج، وأنّها لا تتحقق إلا بشرائنا منتجاً آخر.

لمستُ القناعة العميقة في أولئك الذين يعيشون تحت ظل الفقر حيث ننظر إليهم نحن في الغرب بشفقة أو رعب. لطالما سألت نفسي: ما هو سرّهم؟ كان للتوقعات دورها في هذا الفرق. كان للنظام الطبقي الهندي، الذي بُطل العمل به رسمياً في الهند بُعيد انتقالي هناك، أثره العظيم على الحلاق في فيلور وذلك بخفض سقف توقّعاته حول التحسينات. كان والده حلّاقاً، وجده قبله، وهو الآن يورّث ابنه فكرة أنّ مهنة الحلاق هي قمّة الطموح. في الولايات المتّحدة، ينشأ الطفل تحت ظل خرافة «البيت الخشبي الآن والبيت الأبيض لاحقاً» ويشعر بضغط لا مفرّ منه لرفع سقف طموحاته.

بالرغم من أن الحلاق في لوس أنجلوس قد وصل إلى مستوًى من الترف يفوق ما يحلم به الحلاق في فيلور، فإنّه يعيش في مجتمع تنافسي في تحرّك متصاعد يوقده محرّك انعدام الاكتفاء والقناعة. ترتفع توقعاته بارتفاع معايير معيشته[1] لا شك أنّ الحلاق في فيلور يعيش في كوخٍ طيني وبالكاد يمتلك قطعتين أو ثلاثاً من الأثاث، إلا أنّ هذه حال جيرانه أيضاً. ما دام لديه بساط لينام عليه وأرض نظيفة يفرش عليها ورقة شجرة الموز خاصته، فإنّه يشعر بالرضا والاكتفاء.

في مجتمعٍ استهلاكي، لا تجرؤ التوقّعات على الانحدار حيث إنّ المجتمع المتنامي يعتمد على التوقعات المتصاعدة. أقدّر الإسهامات التي تقدمها المجتمعات الاستهلاكية في التطوير المتواصل للمنتجات. أعتمد في مجال الطب على مثل هذه المنتجات يوميّاً، إلا أنّي أعتقد أيضاً أنّ علينا في الغرب أن نتعلم من الشرق الطبيعة الحقيقية للقناعة. كلما تركنا للعوامل الخارجية تحديد مستوى قناعتنا ـ كالسيارة الجديدة والملابس العصرية، والوظيفة ذات الوجاهة، والوضع الاجتماعي ـ تنازلنا أكثر عن التحكم بسعادتنا الخاصة.

من واقع عيشي في ظروف الفقر والترف، أستطيع المقارنة بين هاتين الحياتين. في كولي مالي حيث مرتع طفولتي، عشنا حياةً أبسط بكثير من أفقر شخصٍ في الولايات المتحدة اليوم. أقرب سوقٍ شعبي يبعد عنا خمسة أميال (يُسار إليه على الأقدام)، وتبعد أقرب محطة قطار أربعين ميلاً. بالرغم من أنه لم يكن لدينا كهرباء، فإنّ الفنار الزيتي كان يمنحنا إضاءة جيّدة، وتكفي خمسة غوالين من الزيت أسبوعيّاً العائلة بأكملها.

---

(١) في استفتاءٍ أجري مؤخراً [مطلع التسعينيات الميلادية] سُئل الأمريكيون ما إذا كان باعتقادهم أنهم حققوا «الحلم الأمريكي». ٩٥ بالمئة ممن يكسبون خمسة عشر ألف دولارٍ سنويّاً أجابوا أن لا، بينما أجاب ما نسبته ٩٤ بالمئة ممن يكسبون أكثر من خمسين ألف دولارٍ سنويّاً أن لا. (المؤلف).

خلال فترة نشأتي، لم يكن لديّ ماءٌ جارٍ، ولا تلفاز، وكان بين يدي قليل من الكتب، ولعبة مصنّعة واحدة ووحيدة كما أذكر. إلا أني لم أشعر للحظة بأنّي محروم. وعلى العكس من ذلك، مرّت الأيام سريعاً حتى حققت كل ما رغبت في فعله. صنعت لُعبي الخاصة من غصينات الأشجار أو الأحجار. تعلمت ما تعلمته عن العالم ليس بمشاهدة الوثائقيات الخاصة على التلفاز، إنما بالملاحظة المباشرة كتلك العجائب المتعلقة بحشرة ليث العفرين (ant lion) والطير الخيّاط وعناكب الباب المسحور (trap -door spider).

أقارن تلك البيئة بما أراه غالباً اليوم: يتنقل الأطفال في يوم الكريسميس من لعبةٍ إلكترونية إلى أخرى، ليملّوا منها جميعاً بعد سويعات. لا أقصد أن مجتمعاً أفضل من الآخر، إذ تعلمت من الشرق والغرب. إلا أنّي كوالدٍ يحاول تنشئة أطفاله في كلتا البيئتين، فإني أعتقد اعتقاداً راسخاً أنّ العالم الحديث بكل ترفه يمثل تحدياً متزايداً في إيجاد اللذة الدائمة.

الملك اليوناني تانتالوس (Tantalus)، وعقوبةً له على جريمة سرق الطعام المقدّس من الآلهة، حُكم عليه بعذابٍ سرمديّ تمثل في الجوع والعطش. كانت المياه تنحسر ما إن يقف ليشرب منها، وترفع الأشجار أغصانها ما إن يحاول الوصول إلى ثمارها. ومن هذه الأسطورة انحدرت لنا الكلمة [الإنجليزية] (tantalizing) [التي تعني: التعذيب بالترغيب ثم المنع]، وكما يحدث في غالب الأساطير الإغريقية، فإنّ هذه الأسطورة تحمل درساً يستحق الوقوف عنده. المفارقة في الموضوع هي ما يحدث في الواقع: بينما يسيطر مجتمعٌ على الألم والمعاناة، يبدو أنه أقل قدرة على التعامل مع ما تُخلفه المعاناة، وعليه فإنّ المجتمع الذي يلهث خلف المتعة يُجازف برفع سقف التوقعات باطّراد، ومن ثمّ تُصبح القناعة ضرباً من ضروب التعذيب بالترغيب.

التقنية الحديثة، بتسيّدها فن التحكم بالطبيعة، استبدلت الواقع «الطبيعي» الذي يعرفه أغلب الناس ممن عاشوا على هذه الأرض بواقعٍ جديد. تتدفق المياه من الصنبور في كل حين، تُحافظ أجهزة التحكم على الجو في السيارات والمنازل على درجة حرارة ثابتة في الصيف والشتاء، نشتري قطع اللحم الضامرة والمغلّفة من أسواقٍ بهيجة، بعيداً عن فوضى المسالخ، تحمل رفوف حماماتنا أدوية لآلام المعدة والرأس والعضلات. وعلى العكس من ذلك، يميل الذين يعيشون بقرب الطبيعة إلى اكتساب نظرة متزنة للحياة تجمع ما بين الألم واللذة. في القرية الهندية نشأت وسط الأحوال المتطرفة للحرارة والبرودة، والجوع ووفرة الطعام، والموت والحياة. بينما الآن، وبالعيش في مجتمعٍ متقدّمٍ تقنياً، تسوّل لي نفسي رؤية كل أشكال الضيق أنها مشكلات ينبغي حلّها.

«قُتل العقاب بسهمٍ جُنّح بريشه. إنّ يد العالم الآن مجروحةٌ بمهارتها الخاصة»، كتبت ذلك هيلين كيلير. بطريقة غامضة، تتيح لنا التقنية عزل ظاهرة اللذة عن مصدرها «الطبيعي» فنستبدل بها طريقة لربما ثبت ضررها في النهاية.

تُمثّل حاسة التذوّق الفرق ما بين اللذة «الطبيعية» وتلك «الاصطناعية». تتعرّف براعم التذاوق أربعة أنواع [من الطعم] فقط - الملوحة، المرارة، الحلاوة، والحموضة - حيث تعمل كمقاييس تساعدنا على اختيار الطعام الجيد لنا. من المثير معرفة أنّ الجسم يُكيّف مستوى إدراك اللذة بوصفه حافزاً ليفي بحاجة معيّنة ملحّة. مررتُ مرةً في الهند بتجربة افتقار حادّ للملح بعد أن نضحت عرقاً طوال اليوم في غرفة العمليات حيث لا يوجد نظام تبريد. تعرّضت لمغص مَعِدي مؤلم للغاية. شككت بالسبب وأجبرت نفسي على شرب قدح ماء مزجت معه ملعقتي ملح. أثار عجبي أن طعم المشروب بدا لذيذاً، وكأنهُ النكتار. الحاجة

الفيزيولوجية الملحّة حوّلت إدراكي حتى صار شرب الماء الأُجاج يمنحني لذةً مكثّفة.

في الحالة الطبيعية، يعرف الجسد احتياجاته ويصنّف استجاباته للإيفاء بها. (لهذا السبب، ترتحل الحيوانات أميالاً بحثاً عن لعقة ملح) إلا أنّه لما تمكّن البشر من فصل جوانب اللذة في الطعام وعزلها، قدّمنا فرصة الإخلال بالتوازن الفيزيولوجي الطبيعي. نستطيع الآن وبكفاءة التنقيب عن الملح وتخزينه ومن ثم التسويق له، وتميل المجتمعات الغربية إلى استهلاك كثير منه. يتبع بعض الناس أنظمة غذائية منخفضة الصوديوم لتفادي الآثار السيئة.

ينطبق الشيء نفسه على الحلاوة، الطعم المتّصلة لذّته. نتناول التفاح والعنب والبرتقال لتدليل براعم التذوق لدينا، وبالتوازي نتحصل على فوائد فيتاميناتها وقيمتها الغذائية. السكّر الصافي الموجودة فيها لا يوجد [عنصراً مستقلاً] في الطبيعة، ولغز استزراعه ومعالجته بشكل مركّز إنجاز حديثٌ للغاية. إنّ العالم الصناعي ـ في الحقيقة ـ لم يُنتج كميات هائلةً منه حتى القرن التاسع عشر، حيث النقطة التي ارتفع فيها استهلاك السكر ارتفاعاً مطرداً ـ ما نسبته ٥٠٠ بالمئة تقريباً في الفترة ما بين عامي ١٨٦٠ و١٨٩٠م وحدها ـ الشيء الذي فتح صندوق باندورا (Pandora's box)[(١)] للمشكلات الطبية.

السكري، البداية، والعديد من المشكلات الصحية الأخرى التي نتجت عن الاستهلاك العالي للسكر، أحد تبعات قدرتنا الحديثة على إعادة إنتاج الطعم اللذيذ لأغراضٍ لا تتعلق بالتغذية. تستخدم الشركات الحديثة

---

(١) صندوق باندورا (Pandora's Box): من الأساطير الإغريقية الوثنية، قصتها طويلة ما يهم هنا هو أنّ باندورا اسم لامرأة، أعطاها الإله زيوس (Zeuos) صندوقاً يحوي كل شرّ وحذّرها من فتحه، إلا أنها فتحته وانتشرت الشرور في العالم الأرضي، ولم يبقَ في الصندوق إلا الأمل. وعليه صار يُستخدم هذا المصطلح ليصف كل أمر يفتح الباب على المتاعب والمشكلات. (المترجمة).

السكّر كمعززٍ للطعام لزيادة مبيعات حبوب الفطور، والصلصلة، والخضا المعلّبة. المشروبات الغازية مصدر واسع الانتشار: يشرب الأمريكي العادي أكثر من ٥٠٠ علبة في العام. التسويق الشرس نشر إدمان السكر للمجتمعات الأدنى تطوّراً، تلك المجتمعات التي كانت تحصل على السكر من الفاكهة المفيدة أو قصب السكر (الليفي ويدفع بمن يتناوله إلى أن يبذل جهده ليستخلص الحلاوة).

كلما وجّهت وجهي، أرى العديد من الأمثلة المعبّرة عن النمط ذاته: يبرع المجتمع في قدرته على عزل اللذة وإعادة تقديمها، وعليه يقطع الطريق على منافذها الطبيعية. بالكاد أحتاج إلى ذكر لذة الجنس، اللذة التي يستخدمها المسوّقون لتسويق منتجاتٍ مثل البيرة والدراجات النارية والتبغ. لا أستطيع رؤية أي علاقة ولو بعيدة ما بين الجنس والإدمان على التبغ، إلا أن الإعلانات لربما جعلتني أعتقد أنّ تدخين السجائر سيزيد بطريقة سحرية من جاذبيتي الجنسية. إنّ النهاية الحقيقية لتدخين السجائر هي الإضرار بالقلب والرئتين، والنهاية الحقيقية لشرب البيرة هي الكرش، والنهاية الحقيقية لحبوب الفطور المغطاة بالسكر هي تسوّس الأسنان. لِمَ نستمر في خداع أنفسنا؟

إننا العصريين بإمكاننا تزييف حسّ المغامرة ـ الكفوف المتعرقة، نبضات القلب المتسارعة، العضلات المشدودة، وارتفاع هرمون الأدرينالين ـ في الناس المتناثرين على كراسي الصالة المترفة يشاهدون فيها فيلماً. إلا أنّ المغامرات المصطنعة غير مرضية مطلقاً. لربما أصابتني بعض الآثار الجانبية، إلا أنّها ليست القيمة الكاملة التي سأحصل عليها كما لو كنت سأتسلق جبلاً فعلاً أو أجدّف في الجداول. إنّي بذلك أعيش مغامرة شخصٍ آخر، وليست مغامرتي أنا. ما إن تم ابتكار البيئة الاصطناعية، حتى سهُل على اليافعين خاصة الخلط بين اللذة الحقيقية واللذة التي أنابوا عنهم غيرهم فيها، [أقصد أن الحياة صارت] كلعبة فيديو. تم إغراؤهم لتجربة الحياة بالإنابة، يجلسون أمام مسرح التلفزيون

الوامض، يتلقون المحفّزات الحسية عبر العينين والأذنين فقط، وبالتالي لم يعد بإمكانهم رؤية اللذة وكأنها شيء يُمكن التوصّل إليه بعد صراع حقيقي.

ليس صدفةً أن يكون أسوأ انتشار لإدمان المخدرات هو في المجتمعات المتقدمة تقنياً، حيث التطلعات لا تزال في تصاعد وارتفاع وغالباً ما يتصادم الواقع مع الصور الجاذبة التي ينشرها الإعلام. إنّ إدمان المخدرات يُظهر الخاتمة المنطقية للتوجيه المُضلل لشعور اللذة، ذلك أن المخدرات المحظورة تمنح [متعاطيها] الوصول المُباشر لمكنون اللذة في الدماغ. ليس من الغريب أنّ اللذة قصيرة المدى التي تتأتى من مثل هذا الوصول المُباشر تُفضي إلى تعاسة طويلة المدى. عبّر الكاتب دان وايكفيلد (Dan Wakefield) عن ذلك بقوله: «تعاطيت المخدرات بالطريقة التي أظن أن أغلب الناس يتبعونها فعلاً، ليس «للنشوة» أو البهجة في المقام الأول وما جرت عليه العادة، إنّما لمحو الألم، الألم المتعلق بالخواء الداخلي أو النفسي... من السخرية القول إنّ المكونات الأساسية ـ المخدرات والكحول ـ التي يستخدمها الشخص لتخدير الألم بهذه الطريقة الكيميائية والاصطناعية ذات أثر حقيقي على توسيع رقعة ذلك الخواء الذي ينشد ملأه، وعليه تزيد الحاجة للمزيد من السكر والتعاطي في سباق لا نهاية له لرتق تلك الثغرة التي تتوسّع عن غير قصد بالجهود المتزايدة لتقليصها».

صنّف العلماء مؤخراً «مركز اللذة» في الدماغ حيث يُمكن تحفيزه مباشرة. استزرع الباحثون الأقطاب الكهربائية في منطقة ما تحت المهاد (hypothalamus)[1] في الفئران، ثم وضعوها في قفصٍ أمام ثلاث

---

(١) منطقة ما تحت المهاد (hypothalamus): منطقة تقع في قاعدة الدماغ، قريباً من الغدة النخامية، تُعد مركز التحكم الرئيسي للجهاز العصبي وتعمل غدةً صماء لإفراز الهرمونات. (المترجمة).

عتلات. الضغط على العتلة الأولى يخرج قطعة من الطعام، والثانية يقدم مشروباً، والثالثة يحفّز الأقطاب الكهربائية التي تمنح الفئران فوراً إنما مؤقّتاً اللذة. سرعان ما اكتشفت الفئران العتلات الثلاث، واختارت الفئران في هذه التجارب الضغط على عتلة اللذة فقط، يوماً بعد يوم، خارت قواها حتى الموت. لِمَ تستجيب هذه الفئران للجوع والعطش بينما تستمتع باللذائذ المرتبطة بالأكل والشرب بطريقة مُرضية؟

أود أن أطلب من كل مدمن محتمل لكراك الكوكائين (crack cocaine)[١] مشاهدة المقطع الذي يُصوّر الفئران تضغط العتلات وتبتسم في طريقها للموت. لقد مثّلت هذه الفئران لنا سفسطة الإغواء التي تسعى للذة بطريقة اصطناعية.

الإنصات للذة

كما فعلت ذلك مع الألم، استطعت التوصّل إلى مفاتيح اللذة من الجسم نفسه. جميع الأنشطة مهمة لنجاة الجسم وسلامة صحته إذ تقدّم اللذة الجسدية إذا ما فعلناها بالطريقة الصحيحة. ممارسة الجنس، التي تضمن نجاة الفصائل الحية، تمنح اللذة. تناول الطعام ليس واجباً، إنما لذة. حتى عملية الإخراج التي تمثل عملية صيانة في الجسم تجلب اللذة. لن أخوض في وصف الآلية الرائعة التي تتضمنها عملية إنتاج حركة معويّة سليمة ـ وكذلك مضاعفات الإمساك، التي غالباً ما تكون نتيجة تجاهل رسائل الأمعاء ـ إلا أنّي سأذكر الحقيقة المُذهلة المتمثلة في إطناب الجسم في الثناء حتى على هذه الوظيفة البطيئة. كل شخص جرّب سحب سيارةٍ عن الطريق السريع لجانب الطريق في الوقت الصحيح بالضبط، أو ترك حفلاً أو مباراة كرة قدم فور أن بدأ وقت الاستراحة، يدرك ما أعنيه.

---

(١) كراك الكوكائين (crack cocaine): مادة الكوكايين الخام حيث تأتي على هيئة حجر. (المترجمة).

لربما تبنيت النظرة طويلة المدى للذة لأني على الأغلب أصلحت العديد من المشكلات الجسدية التي تسبب فيها [السلوك] الإفراطي. لحَظت أنّ الشراهة لربما منحت لذّةً قصيرة المدى، وفي الوقت نفسه تضع نواة المرض والألم مستقبلاً. العمل المجهد والتمرين، اللذان لربما شابها الألم على المدى القصير، من المفارقة أنهما يؤديان إلى اللذة على المدى البعيد. أتذكر جيّداً الفترة التي كنتُ فيها في عنفواني الجسدي حيث كنت أعمل في البناء، وبعد سنوات عدة دخلت كلية الطب. بعد ستة أشهر من الجهد البدني تخلصت من الوزن الزائد وبنيت عضلاتٍ في ساقيّ والجزء العلوي من جسدي. خلال عطلات نهاية الأسبوع، كنت أسير في نزه طويلة عبر المروج والغابات دون إرهاق أو الحاجة للتوقف والاستراحة. في هذه النزهات، أدركت فجأة اللذة الغامرة للجسد الذي يعمل لما صُممم له. لدى اللغة العبرية كلمة رائعة [ألا وهي] شالوم (shalom) التي تعبّر عن المعنى العام للسلام للرخاء، الحالة الإيجابية للكمال والصحة. شعرت بالسلام، كما لو أنّ خلايا جسمي تصيح في تناغم أنّ «كل شيء على ما يرام».

في تلك الأثناء أدركتُ - إلى حدٍّ ما - ما لا بد أنه شعر به المشاركون في الأولومبيات. استشرت بعض الرياضيين لبعض الحالات الطبية، ويا لها من غبطة أن أفحص جسداً تم إعداده لأقصى أداء. يبذل الرياضيون الألومبيون جهداً ضنيناً كأي [موظف] على وجه الأرض، حيث يتمرنون لست ساعاتٍ أو ثمانٍ في اليوم ليتجاوزوا، مثلاً، عُشر الثانية في سباق السباحة. يعرفون الألم بوصفه رفيقاً يومياً، إلا أنّه وبطريقة ما فإنّ العملية الفعلية للصراع الجسدي والضبط الذهني ارتقت بهم إلى مستوى من الرضا لا يعرفه أغلبنا. ليست المرة الأولى التي أسمع فيها فائزاً بماراثون للجري يقول للمُضيف: «نعم، أنا فخور بفوزي بالقلادة الذهبية، إلا أنّي أقولها صادقاً بأنها لا توازي الجهد ولا الوقت اللذين بذلتهما في التدريب».

اللذة والألم، التوأم السيامي لدا فينشي، يعملان معاً. الموسيقيون، وراقصات الباليه، والرياضيون، والجنود، يتشابهون في الوصول إلى ذروة الإشباع الذاتي ولا يكون ذلك إلا عبر نظام صارم من بذل الجهود والصراع. ما من طرق مختصرة في ذلك. إذا ما بدأ مدمن مخدرات برنامجاً للإقلاع طلباً للمساعدة، فإنّه عادة ما يُرسل إلى مخيّم بريّ مثل أوتوارد بوند (Outward Bound) أو فريق عملٍ في المزرعة. مثّلت المخدرات منفذاً من طريقة الحياة الخالية من التحدّي. في البيئة الحازمة الشديدة، حيث الكدّ والعرق، والإعياء والنوم الجيد خلال الليل، الجوع والطعام البسيط، تتضافر لتوسّع لدروبٍ جديدة نحو السعادة.

تناولت العديد من الوجبات في المطاعم الراقية. وإذا ما طلبت مني ذكر أفضل وجبةٍ تناولتها، لقلت لك دون تردد: عشاء السلمون الملون المشوي على نار الحطب على ضفّة نهرٍ في الهند. [تناولت هذه الوجبة] لما كانت عائلة براند تقضي إجازةً مع أصدقائنا من عائلة ويب، وكنا جميعا اثني عشر فرداً. كان يوماً حاراً، وكنت أنا وويب نصيد طوال النهار حتى منتصف الظهيرة بلا طائل، نخوض ضد التيار ومعه، قطعنا ميلاً في كل اتجاه لتجربة الأحواض المختلفة. بالرغم من أنّ النهر كان مليئاً بالسلمون ـ حيث كنا نرى ذلك بوضوح ـ فإنّها في المياه الراكدة الساكنة ترانا أيضاً، بغض النظر عن محاولاتنا التخفي أو التمويه. بعد منتصف الظهيرة، بدأت عضلاتي تؤلمني وبذلت جهداً في التجلّد. ترضضتُ جراء السقوط على الصخور بينما كنت أتنقل بين الأحواض. أحرقت وجهي الشمس. وسرعان ما فقد أطفالنا ثقتهم بنا كمزودين لغذاء، وأجهش الصغار بالبكاء.

ما لبثنا حتى أظلّتنا غيمة حجبت الشمس وهبت النسائم على سطح الماء. بدأت الأسماك بالتقافز واحدة تلو الأخرى إلى سلالنا، كنا نلفها ونطرحها على الضفة. لما صدنا دزينة تقريباً، صففنا السمك الطازج على شبك الشواء ووضعناه على الجمر الباقي من النار التي أُشعلت منذ فترة

طويلة. كانت الوجبة نوعاً من النشوة الخالصة. كانت عبارة عن سمك السلمون المشوي الموضوع على شرائح من الخبز، عمل زيتها الطبيعي عمل الزبدة، إلا أنّي وصدقاً لا أتذكر طعماً يُشبهها. طلبت سمك السلمون لمراتٍ عديدة بعد [تلك الرحلة]، إلا أني لم أجد من يستطيع تقديم الطبق ذاته. لربما كان الجوع، والرضوض وحروق الشمس ولسعات البعوض والفشل المترقب والانتصار الذي أتى في وقته المناسب كانت مجتمعةً مكونات لذتي.

إنّ ما تعلّمته خلال صيد السلمون في جبال الهند أثبت صحته طوال حياتي. كل ذكرياتي تقريباً عن السعادة الغامرة تضمنت نوعاً من الألم أو الصراع: تدليكاً بعد يومٍ طويل من اللعب في الحديقة، حكّ قرصة حشرة، إشعال النار بعد التسلق وسط عاصفةٍ ثلجية. العديد من هذه التجارب انطوت على الخوف أو الخطر، مثل المرة الأولى التي تزلّجت فيها على منحدر تل ـ بدأت هذه الرياضة في عمر الستين ـ حيث وجدت نفسي على الطريق الخطأ وقد طرتُ عالياً كما لو كنتُ خبيراً. صفعتني الرياح، وشُدّت عضلاتي، وقفز قلبي، إلا أنّي لما وصلتُ السفح شعرت للحظة كما لو أني بطل.

يأتي إلينا الألم واللذة ليسا كضدين، إنما توأمان، منسجمان انسجاماً غريباً. أحب الحمام الدافئ في نهاية اليوم المجهد، خصوصاً إذا ما شعرتُ بألم في ظهري. لا بد أن تكون المياه ساخنة حقاً. أتموضع على أطراف الحوض، أتعلق فوق المياه، ثم أُدخل نفسي فيها، مبتدئاً بظهري. إذا ما كانت درجة الحرارة كما أريدها، فإنّي أدخل نفسي شيئاً فشيئاً، إنشاً كل مرة. عند أول استشعار للماء على الجلد، تفسّر نهاياتي العصبية ذلك بأنه الألم. تقبل تدريجياً بهذه البيئة بأنها آمنة، وتخبر أخيراً عن لذةٍ لاذعة. لا أستطيع أحياناً التأكد ما إذا كنتُ أشعر باللذة أو الألم. إذا ما زادت الحرارة درجة واحدة فإن ذلك يُفضي إلى ألم محدد، وإذا ما زادت درجة البرودة درجة واحدة فإنّ ذلك يقلل اللذة.

قرأت مرّة ملخّص الفيلسوف لين يوتانغ (Lin Yutang) عن تركيبة الصينيين القدامى للسعادة. بينما كنت أقرأ قائمته للذائذ الحياة الثلاثين السامية، هالني أن أجد الألم والنشوة ممتزجين مزجاً حتمياً. «أن أشعر بالجفاف والعطش على أرضٍ حارةٍ ومغبرة، ثم أشعر بقطراتٍ كبيرة من المطر على جلدي العاري - آه.. أليست هذه بالسعادة؟! أن أشعر بحكة في منطقة خاصة من جسمي، وأتمكّن من الفرار من أصدقائي لأختبئ في مكانٍ أستطيع أن أهرش فيه - آه.. أليست هذه بالسعادة؟!» كل لذّة من اللذائذ السامية؛ بلا استثناء، تتضمن شيئاً من الألم.

قرأت لاحقاً هذا النصّ في اعترافات سانت أوغستين (Saint Augustine's Confessions):

> «ما هو هذا الذي يجري بين خلجات الروح، ذلك أنه يستحثّ مزيداً من الغبطة إذا ما وجد الأشياء التي يُحبها أو عادت إليه كما لو كان يملكها دائماً؟ تشهد الأشياء الأخرى بذلك، وكلها ثرية بالبراهين التي تصرخ عالياً: «هذا هو!» يغشى انتصاراته ظفرٌ عام ودائم: لم يكن ليحوز النصر أبداً ما لم يُقاتل، وكلما تعاظم الخطر في المعركة، تعاظمت متعة النصر. تقذف العاصفة بالبحّارة يمنة ويسرة، وتهددهم باختراق السفينة: تشحب وجوههم أمام موتهم المحقق. ثم تهدأ السماء ويهدأ البحر، فيبتهجون بهجةً غامرة، كما غشيهم خوفٌ غامر. صديقٌ عزيزٌ عليّ مريض، ويخبرنا نبضه بمدى تردّي حالته. كل أولئك الذين يتشوقون لرؤيته بصحةٍ جيدة قد مرضوا ذهنياً معه. استعاد عافيته، وبالرغم من أنّه لم يمشِ بعد مِشيته المعتادة، كان لذلك متعة لم يسبق لها مثيل لما كان يسير سليماً قوياً».

«اعلم أن تعاظم المتعة مرتبط بتعاظم المعاناة التي سبقتها» اختتم أوغستين بهذه العبارة. هذا التأمل في اللذة هو ما علينا استحضاره في الغرب المترف. لا نجرؤ على أن تكون حياتنا اليومية مريحة للغاية للحد

الذي لا نخوض معه التحديات والمغامرات والأخطار. إنّ سيادة الذات الداخلية تُبنى إذا ما جريت لمسافة أطول مما كنتَ تقطعها سابقاً، إذا ما تسلّقت جبلاً أعلى من الآخر، إذا ما دخلت حمام بخار ثم تدحرجت على الثلج. المغامرات بحد ذاتها نوعٌ من الانتعاش، بينما التحدي والخطر والألم تتلاحم لتسند الثقة التي لربما كان لها دورها المهم في أوقات الأزمات.

باختصار، إذا ما قضيت حياتي أسعى للذة عبر المخدرات والراحة والدعة، فإني على الأرجح أراوغ نفسي. خليقٌ باللذة الدائمة أن تكون منحة مفاجئة جرّاء شيء استثمرته في نفسي. يتضمن ذلك الاستثمار على الأغلب الألم، يصعب تخيّل اللذة دونه.

تحوّل الألم

إذا عدت إلى الهند لأعمال تتعلق بالمستشفى، فإنّي أحب أن أمرّ على بعض مرضاي القُدامى، وخاصة نامو وسادان وبالاني والآخرين الذين كانوا في مركز نيو لايف الأوّل. صاروا رجالاً في منتصف العمر الآن، بشعرٍ أبيض وخفيف، وتجاعيد حول العينين. إذا ما رأوني، ينزعون أحذيتهم وجواربهم ليروني بكل فخر الأقدام التي حافظوا عليها من التقرحات طوال تلك الأعوام (سادان يفخر فخراً خاصاً بحذائه الجديد، حيث يستخدم له أحزمة [شركة] فيلكرو (Velcro) [اللاصقة] بدلاً من الأربطة مما جعل الحذاء مريحاً ليديه المتضررتين) أتفحص أقدامهم وأيديهم، وأهنئهم على تيقّظهم، ثم نجلس معاً لاحتساء الشاي.

نستحضر الأيام الأولى ونستمع لجديد الآخرين. يعمل سادان كاتب سجلات لمركز تبشيري يعتني بمرضى الجُذام يُشرف على ثلاث وخمسين عيادةً متنقلة. نامو صار أخصائي علاج طبيعي مشهور محلياً. أما بالاني فقد ترأس التدريب في وحدة العلاج الطبيعي في مستشفى فيلور. أستمع إلى قصصهم حول العمل والعائلة، ويستحضر ذهني الأولاد الخائفين ذوي

الندوب ممن كانوا باكورة المتطوّعين للجراحة التجريبية.

لم أكسب كثيراً أبداً من حياتي في الجراحة، إلا أنّي أشعر أني غنيّ للغاية بسبب مرضى كهؤلاء. يجلبون لي متعةً أكثر مما يجلبه لي الغنى. ويمنحونني الأمل فيمن يعاني من المرضى الآخرين. لديّ في نامو وسادان وبالاني دليل لا يُدحض حول أنّ الألم، حتى الألم الذي يترك وصمة عارٍ قاسيةً للغاية مثل الجُذام، يجب أن لا يُدمّر. مما اعتاد الدكتور مارتن لوثر كينغ قوله: «إن ما لا يقتلني، يجعلني أقوى». وقد رأيت هذه العبارة حيّةً في العديد من مرضاي السابقين.

مرّة، قال لي سادان: «أنا سعيد أنّي أصبت بمرض الجُذام، د. براند»، نظرتُ إليه مرتاباً، فأكمل: «لم أكن لأبذل وسعي محاولاً البروز في المجتمع دون الجُذام. ذلك أنّه وبسببه عرفت كيف أعتني بالصغار». قفزت إلى ذهني عبارة لهيلين كير لما سمعت كلماته تلك، [ألا وهي]: «إني ممتنة لإعاقتي، ذلك أني وخلالها وجدتُ عالمي، ونفسي، وإلهي». بالرغم من أنّي لا أتمنى لأي أحد الإصابة بمرض الجُذام ولا آلام هيلين كيلير، فإنّي أطمئن إلى حقيقة أنه ـ وبطريقة ما ـ وفي الموارد المحيّرة للروح البشرية فإنّه حتى الألم يُمكن أن يدفع إلى خواتيم أفضل.

هناك مثال أخير لعمل الألم واللذة معاً لا ينبغي لي تجاهله. على عكس مرضاي المصابين بالجُذام، الذين لم يختاروا أرض المعركة التي حاربوا فيها، فإنّ بعض الناس يختارون المعاناة طوعاً كأحد أشكال الخدمة[1]. هؤلاء أيضاً، يجدون في الألم خاتمة أفضل. قابلت قليلاً من «الحواريين الأحياء» في حياتي، رجالاً ونساءً وبتضحية شخصية عظيمة سخّروا أنفسهم للعناية بالآخرين: ألبيرت سوايتشزر (Albert Schweitzer)، الأم تيريزا (Mother Teresa)، وأتباع غاندي (Gandhi). برؤيتي لهؤلاء

---

(١) من هذا السطر وما بعده سيتكرر استخدام المؤلف لكلمة الخدمة (Service) ويقصد بها: خدمة الرّب بالمفهوم النصراني. (المترجمة).

الأفراد النادرين يعملون، فإنّ كل فكرة تتعلق بالتضحية الذاتية تضيع هباءً. وجدتُ نفسي أغار منهم، لا أشفق. في حين كانوا يمنحون الحياة للآخرين وجدوها، وحققوا مستوىً من القناعة والسلام غير معروف فعلياً لبقية العالم.

كتب إم. سكوت بيك (M. Scott Peck) مرّة: «اسعَ للسعادة، ولا يبدو أنك ستجدها. اسعَ إلى البناء والحب دون اعتبارٍ لسعادتك، وستكون سعيداً معظم الوقت. إنّ السعي للمتعة ذاتها لن يجلبها لك. اعمل على بناء المجتمع، وستحصل عليها، ولن يكون ذلك أبداً وفقاً لجدول أعمالك. يستحيل حبس المتعة، إلا أنّها الأثر الجانبي المتوقع مطلقاً للمجتمع الأصيل».

أشعر بأني متميّز أنّي خدمت العاملين في مجتمع طب الجُذام حول العالم. وكما تعلمت أكثر ما تعلمته عن الألم من مرضى الجُذام، فإنّي تعلّمت أكثر ما تعلمته عن المتعة من أولئك المتسامين الذين سخّروا أنفسهم للرعاية بهم. أشرت سابقاً لبعضهم - بوب كوتشراين، روث توماس، إيرنيست فريتشي - وكلما تفكّرت بأن المتعة تنبعث عفوياً من الخدمة، يقفز إلى ذهني آخرون. ذكرتهم هنا في النهاية تقريراً لهم، ليس لإنجازاتهم في المقام الأول، إنما لأنّهم الذين علموني أعلى مستوى من السعادة، الحياة بحرف L كبير.

أتفكّر بالدكتورة روث بفو (Dr. Ruth Pfau)، الطبيبة الألمانية والراهبة التي تعمل الآن في الباكستان في مستشفى حديث. لما زرتها أول مرّة في خمسينيات القرن العشرين، كانت قد افتتحت مكاناً في مكبٍ للنفايات قريب من البحر. كان الجو مليئاً بالحشرات، وقبل أن أصل إلى مكانها كانت الرائحة النتنة قد أحرقت مناخيري، الرائحة التي بالكاد تُحتمل. تعمل د. بفو هنا؛ ذلك أنّ مرضى الجذام، أكثر من مئة مريض، قد استقروا هنا بعد أن نُبذوا من مدينة كاراتشي (Karachi). كلما اقتربت،

استطعت تعرّف شخوص بشرية، المرضى، يتسلقون جبال النفايات بحثاً عن شيءٍ ذي قيمة. صنبور واحد فقط يقطّر في منتصف المكبّ هو مصدرهم الوحيد للماء. وقريباً منه وجدتُ عيادةً نظيفة مبنية من الخشب خصصتها د. بفو لتكون مكتباً. بكفاءة العرق التيوتوني (Teutonic)[١] أوجدت الدكتورة واحة من النظام في وسط كل هذا البؤس. أرتني السجلات المحفوظة بإتقان حول كل مريض. الاختلاف الحاد ما بين المشهد المريع في الخارج والحب الصريح والاهتمام داخل عيادتها أحدث حرقاً عميقاً في ذهني. كانت د. بفو منشغلةً بعملها في تحويل الألم.

أتذكر آبي بيريه (Abbe Pierre)، ابناً لتاجر حريرٍ ثريّ في مدينة ليون (Lyon) في فرنسا. كان بيريه سياسياً صاعداً قبل الحرب العالمية الثانية. وبعدها، منهاراً بسبب الفقر الذي رآه، قرر الاستقالة من عمله ليصبح راهباً كاثوليكياً سخّر نفسه لمساعدة آلاف المشرّدين المتسولين في فرنسا. نظّمهم في فرق لمسح المدينة بحثاً عن الخرق والقوارير وبقايا الحديد. ثم بنوا مأوًى من القرميد المرمي وبدؤوا مشروعاً تجارياً حيث يخزنون أكوام الخردوات التي يجمعونها ويعيدون تدويرها. تحصّل آبي بيريه من الحكومة الفرنسية على أرضٍ فضاء وعلى بعض أدوات البناء (خلاطات الخرسانة والمعاول والعربات التي تدفع باليد)، ليستخدمها عماله لاحقاً في بناء بيوتهم الخاصة. في أطراف كل مدينة كبيرة من مدن فرنسا، برزت ظاهرة «مُدن آبي بيريه». لم يمر زمن طويل حتى لم يبق في فرنسا إلا عدد قليل من المشرّدين المتسولين، وهذا ما يُفسّر كيف التقيت بآبي بيريه. مرّ آبي بيريه بفيلور كمحطة من محطات رحلته حول العالم في الوقت الذي

(١) العرق التيوتوني (Teutonic): نسبة إلى قبيلة تيتون (Teuton) وهي من القبائل الجيرمانية. ذكر المؤلف هذا النسب للطبيبة ليرد على ذهن القارئ الصورة الذهنية للشعب الألماني الحازم والدقيق في عمله كما فعل في فصلٍ سابق. (المترجمة).

واجهت فيه منظمته أتباع عمواس (Disciples Of Emmaus) أزمةً ما. شرح لي قائلاً: «أعتقد أنّ كل إنسان يحتاج لأن يرى أنه لا غنى عنه. يجب أن يجد متسوليّ أحداً في حالٍ أسوأ من حالهم، أحداً يستطيعون خدمته. عدا ذلك، سنكون منظمة غنية ونافذة وسنفقد التأثير الروحي!» وجد في فيلور مهمة مناسبة لمتسوليه الميسورين الجدد: وافق على أن يتبرّع أتباعه بردهة لمرضى الجُذام في مستشفى فيلور وعلى حد قول آبي بيريه فإنّهم وبالخدمة وحدها سيجدون السعادة الحقيقية.

كما أذكر الرجل الذي كنا نسميه جميعاً «العم روبي (Robbie)»، رجلٌ نيوزيلندي وُجد في فيلور يوماً، ولم يُعلن عن وجوده. كان رجلاً متوسطاً، لربما كان عمره في الخامسة والستين. قال: «لدي خبرة قليلة في صناعة الأحذية، وأتساءل إذا ما كنتُ أستطيع مساعدة مرضاك المصابين بالجُذام. إني متقاعد الآن، ولا أحتاج المال. كل ما أحتاج إليه طاولة للعمل عليها والقليل من الأدوات». بدأت حقائق حياة العم روبي تتسرّب شيئاً فشيئاً. دُهشنا لما عرفنا أنّه كان جرّاحاً للعظام، في الواقع كان رئيس جميع جراحي العظام في نيوزيلاندا. توقف عن الجراحة لما بدأت أصابعه بالارتعاش. حصلنا على هذه التفاصيل بشقّ الأنفس من العم روبي، حيث كان يشدّه أكثر الحديث عن الأحذية. تعلّم العمل على الجلود، كيفية نقعها وفردها على قالب، ثم تعبئة كل التجاويف بخيوطٍ دقيقةٍ لُصقت ببعضها. كان يقضي ساعاتٍ طويلة في صناعة زوجٍ من الأحذية، ويظل يجري التعديلات حتى لا يظل أي ضغط على قدم المريض. العم روبي (لم يناده أحدٌ بالدكتور روبيرستون Roberston) يعيش وحيداً في غرفة الضيوف في المجذمة حيث توفيت زوجته منذ سنوات. عمل معنا لثلاثة أعوام أو أربعة، يُدرب مجموعة كاملة من صنّاع الأحذية الهنود، حتى أبلغنا يوماً: «كما تعلمون، أعتقد أنّ عملي انتهى هنا. أعرف مجذمة كبيرة أخرى في شمال الهند، وأخرى على الساحل». ارتحل العم روبي، لأعوام قادمة عمل على تقديم سلسلة من الخدمات في المجذمات الكُبرى

في الهند. رؤيته يعمل برقّة بالغة على القدم المتضررة لمرضى الجذام تصعّب عليّ تخيّله في بيئةٍ رفيعة المستوى وذات ضغط عالٍ لجراحة العظام في نيوزيلاندا. كان فعلياً رجلاً متواضعاً، وكل من التقى معه تقريباً أحبه. لم يشعر أحدٌ أبداً بالأسف حيال العم روبي، لعله كان أكثر شخصٍ راضٍ وقانع عرفته. كان يقوم بعمله في سبيل الرب وحده.

أذكر الأخت ليلا (Sister Leela) التي ظهرت، مثل روبي، في فيلور دون إعلامٍ مسبق. كانت ترتدي زي ساري بسيط بطريقة غريبة، وكأنها عادة راهبةٍ. كانت فعلاً راهبة كاثوليكية، بالرغم من أنها ليست عضواً في أي تنظيم. قالت لي: «أعتقد أني أعرف كيف أعتني بالقرح على قدم مريض الجُذام». قالتها بطريقة مُباشرة وواضحة [وكأنها تخبر بحقيقةٍ عنها]. احتاجت فقط لبعض اللباد ولاصق ومادة الجنتيان (معقّم). زوّدتها بهذه المواد وأسندت لها العناية ببعض المرضى. إن مشاهدتها تعمل يشبه مشاهدة نحّات متقن. كانت بداية تشرّح، أو تكشط، اللباد إلى طبقاتٍ رقيقةٍ للغاية. بعد معالجة القرحة في القدم، كانت تُبلل ما حولها بالصمغ ثم وببراعه تضع اللباد بطبقات مختلفة السماكة، تعتمد على شكل القدم. واقعياً، كانت تصنع نعلاً مقولباً يتحرك مع القدم بديلاً للحذاء. كانت الأخت ليلا تعرف حقاً كيفية العناية بالقرح، وبدا أنها سعيدة للغاية لفعل ذلك طوال اليوم. بطريقة ما، وبهذه المهمة الصغيرة لكنها مهمة، عرفت كيف تجد متعتها في الخدمة. (لا يمكنك تخيل كم أنّ هذا ثناء عطر ما لم تعالج قدماً متقرّحة لمريضٍ بالجُذام). ظلّت معنا لأعوام ثم ـ كما فعل العم روبي ـ شعرت بضرورة انتقالها. فقدت التواصل مع الأخت ليلا لعقدٍ تقريباً، حتى زرتُ مجذمة في إسرائيل[1]. حيث رأيت مريضاً يرتدي

---

(١) يُسميها إسرائيل، ونعلم أنه يُشير إلى الكيان المحتلّ للأراضي الفلسطينية. أمانة الترجمة تقضي نقل الأسماء كما هي، والأمانة العلمية كما الأخلاقية تقضي بتوضيح الحقائق. (المترجمة).

نعلاً داعماً مصنوعاً من الطبقات الدقيقة للباد. تيقنت أنّ الأخت ليلا قد مرّت هنا. انتقلت من إسرائيل إلى الأردن كما قيل لي. رأيت عدة مرات وفي أنحاء متفرقةٍ من العالم العلامة المميزة ذاتها للمعالجة باللباد، فأعلم أنّ الأخت ليلا قد مرت من هنا.

أذكر أيضاً ليونارد تشيشاير (Leonard Cheshire). في بواكير أيامنا مع مشروع مرضى الجذام، كنت أعمل في غرفة التخزين الطينية حيث كُنا نطلق عليها بفخر «وحدة أبحاث اليد» لما دخل إليها رجلٌ بدا أنه إنجليزي. قال لنا: «لدي اهتمام خاص باليد المُعوّقة، وعلمت أنك تعمل مع مرضى الجُذام. هل تمانع إذا ما نظرتُ إليك [خلال عملك]؟» رحّبت به، وخلال الأيام الثلاثة التالية، كان يجلس هذا الرجل في الزاوية، يراقبنا. في نهاية اليوم الثالث قال لي: «لاحظت أنّ هناك بعض الناس ينبغي أن تستبعدهم، إما أنهم كبار في السن أو قد طالهم ضرر لا تصلحه عملياتك. إنّ هؤلاء هم محور اهتمامي. أود مساعدتهم». ثم أخبرني ليونارد تشيشاير بقصته. خلال الحرب العالمية الثانية، كان قد عمل كرئيس للسلاح الجوي، المنصب الرفيع في القوات الجوّية الملكية. شهد معارك في أوروبا وآسيا، وحصل على وسام صليب فيكتوريا (Victoria Cross) والعديد من الأوسمة الأخرى. وفي نهاية الحرب، طلب الرئيس هاري ترومان (Harry Truman) من وينستون تشيرشل أن يختار مراقبين بريطانيين ليُرافقا طائرة إينولا غاي (Enola Gay)[1]، ليمثّل ذلك أنّ قرار إلقاء القنبلة الذريّة قرارٌ اتخذته قوات التحالف وليس قراراً تفرّدت به [الولايات المتحدة]. في ذلك اليوم، السادس من شهر أغسطس من عام ١٩٤٥م، نظر ليونارد تشيشاير عبر مقصورة القيادة ورأى سكّان مدينة

---

(١) إينولا غاي (Enola Gay): اسم طائرة بوينغ ٢٩ التي استخدمتها الولايات المتحدة لإلقاء القنبلة الذرية على مدينة هيروشيما في اليابان عام ١٩٤٥م. سمّاها قائدها باسم أمه. (المترجمة).

بأكملها يتبخّرون. غيّرته تلك التجربة كلياً. بدأ بعد الحرب مهنة مسخرة للمعوّقين حيث أنشأ نُزل تشيشاير هومز للمرضى (Cheshire Homes for Sick). اليوم تُدير منظمة تشيشاير مئتي نُزلٍ للمعوّقين في سبع وأربعين دولة (توفي تشيشاير نفسه بداية عام ١٩٩٣م). من بين تلك النزل نُزلٌ في فيلور، الهند، حيث يعيش ما يقارب ثلاثين مريضاً بالجُذام. من وجهة نظر طبية، أولئك المرضى في غنىً عن المساعدة، إلا أنّ ليونارد تشيشاير يُبالغ لي في ضرب الأمثلة بأنّهم ليسوا في غنىً عن الحنان والحب.

أوردتُ هؤلاء الخمسة لأثرهم العظيم في تشكيل معتقداتي في كيف أنّ الألم واللذة يعملان معاً أحياناً. يبدو ظاهرياً أنّهم غير مؤهلين بشكل استثنائي: أكوام النفايات، مأوى للمشردين، ورشة عمل الإسكافي، عيادة القدم، ومأوى للمعوّقين ما هي إلا مسارح لا تُعوّض في تعرّف اللذة. لا شك أن هؤلاء بعض من إذا ما فكرت بهم وجدتهم سعداء إلى أقصى حد. حققوا سلاماً للروح قوياً كفاية لتحويل الألم، آلامهم الخاصة كما آلام الآخرين. قال اليسوع: «ما أسعد أولئك الذين يحملون على عاتقهم آلام العالم: سيتعرفون مع مرور الوقت المزيد من السعادة أكثر من أولئك الذين كانوا يتجنبون ذلك». (الترجمة الإنجليزية تعود للمترجم جاي. بي. فيليبس J. B. Phillips).

تَرِكة الأم

ما تعلّمته من د. بفو، وآبي بيريه والآخرين عزز الدروس الأولى التي تعلمتها من والديّ في جبال كولي مالي في الهند. والدتي، خاصة، تركت لي إرثاً قويّاً، الإرث الذي استغرق أعواماً لأقدره حق التقدير.

أشرت عدة مرات لحياة والدتي في التلال المسماة «جبال الموت» حيث وُلدت. عِشت مع والديّ تسعةَ أعوامٍ سعيدة قبل انتقالي إلى إنجلترا للدراسة. وهناك عشت مع خالتيّ في منزلٍ مهيب في ضاحية من ضواحي لندن، المنزل الذي ترعرعت فيه والدتي. عائلة هاريس (Harris) كانت

عائلة ميسورة، وكان في المنزل كل ما يذكّر بالحياة التي كانت تعيشها إيفيلين (Evelyn)، والدتي، قبل أيامها التبشيرية. كان المنزل مؤثثاً بخشب الماهوغني، وتمتلئ دواليبه بميراثٍ لا يقدّر بمثن.

أخبرتني خالتاي أنّ أمي قد اعتادت أن تلبس بطريقة معينة، وأرياني شرائطها الحريرية وقبعاتها المزينة بالريش الطويل حيث ما زالت معلقة في الخزانة. درست في معهد لندن للفنون (London Conservatory of Arts)، ورأيت اللوحات المرسومة بالألوان المائية والزيتية التي رسمتها منذ أعوام. كان هناك صور شخصية رائعة لوالدتي أيضاً، إذ أخبرتني خالتاي كيف اعتاد الطلبة الرجال التنافس على نيل شرف رسم الجميلة إيفيلين. قال أحدهم في حفلة وداعها قبل رحلتها إلى الهند: «تبدو ممثلةً أكثر من كونها تبشيرية».

بالرغم من ذلك، لما عادت والدتي إلى إنجلترا، بعد وفاة والدي جرّاء حمى البول الأسود، كانت امرأة مكسورة، نخر فيها الألم والأسى. أذكر كيف كنت أفكر بها قائلاً: **هل يمكن أن تكون هذه المرأة المنحنية، الذاوية، والدتي؟** أقسمت على نفسي قسماً مراهقاً أحمق، مصدوماً بالتغيير الذي حدث لها، [وكان]: **إذا كان هذا ما يفعله الحب، فلن أحبّ أحداً حباً جمّاً.**

معارضةً كل النصائح، عادت والدتي إلى الهند، حيث استعادت روحها هناك. سكبت روحها بين أقدام سكان التل، تمرّض مرضاهم، وتعلمهم الزراعة، وتلقي عليهم المحاضرات حول دودة الغوينا، وتكفل الأيتام وتنظف أراضي الغابات، وتقلع الأسنان، وتؤسس المدارس، وتحفر الآبار، وتدعو إلى الإنجيل. بينما كنت أعيش في القصر مرتع طفولتها، كانت تعيش في كوخ متنقل، يبلغ حجمه ثمانية أقدام مكعبة، حيث يُمكن طيّه وتحريكه، وإعادة بنائه. كانت في ترحالٍ متّصلٍ من قريةٍ لقرية. في رحلات التخييم في الريف، كانت تنام في شبكة بعوضٍ لا

تحميها من العوارض (إذا ما هبت العواصف ليلاً، كانت تحزم نفسها بسترة المطر وتتمسك بالمظلة على رأسها).

كانت والدتي بعمر السابعة والستين لما ذهبت أول مرةٍ إلى الهند كجرّاحٍ. كان يفصل بيننا مئة ميل فقط، بالرغم من أننا نستغرق أربعاً وعشرين ساعة لنصل إلى مكانها العالي في التلال. أعوام نشاطها في الجبال أثرت عليها. تضررت بشرتها جرّاء تطرف المناخ، وصار جسدها موبوءاً بالملاريا، وكانت تتوكأ على العصا. كُسرت ذراعها وتضررت فقراتها لما انكبّت عن ظهر الحصان. توقعت أن تتقاعد قريباً، إلا أنّي كنتُ مخطئاً في ذلك.

في عمر الخامسة والسبعين، وما زالت تعمل في تلال كولي، سقطت أمي وكسرت وركها. بقيت طوال الليل على الأرض متألمة حتى وجدها عامل الصباح التالي. حملها أربعة رجال على نقّالة مصنوعةٍ من الأوتار والخشب نزولاً عبر الطريق الجبلي إلى السفوح ووضعوها في سيارة جيب في رحلة مُمضة لمئة ميلٍ عبر الطرق الوعرة. لم أكن في البلد لما حصلت الحادثة، وما إن عدتُ حتى جدولت رحلة إلى كولي مالي بغاية واحدة هي إقناع أمي أن تتقاعد.

أعرف سبب الحادث. نتيجةً للضغط على جذور الأعصاب في الحبل الشوكي من الفقرات المكسورة، فقدت شيئاً من التحكم في العضلات في المنطقة تحت ركبتها. بعرجتها، وميلانها لسحب قدميها، كانت تعتمد على عتبة الباب بينما كانت تحمل وعاء الحليب وفنار الكيروسين. بدأت كلمتي التي تدرّبت عليها مسبقاً: «أمي، يا لك من محظوظة لما وجدك أحدهم اليوم التالي، لربما كنت ستظلين هناك لأيامٍ عاجزة. ألا ينبغي عليك التفكير في التقاعد؟»

ظلّت صامتة، فاستغللت الفرصة لطرح مزيد من الدفاعات: «إنّ شعورك بالتوازن لم يعد سليماً، ولم تعد ساقاك تعملان بشكلٍ جيّد. ليس

من الآمن لك أن تعيشي وحيدةً هناك في الأعلى، حيث لا يوجد مساعدة طبية تصلك خلال يوم. فكري بذلك. خلال الأعوام القليلة الماضية تشقّت فقراتك ووركاك، وأصبت برجة في الدماغ، وتلقيتِ عدوى سيئة في يدك. لا بد أنّك أدركتِ أنه حتى أفضل الناس يتقاعدون أحياناً قبل وصولهم للثمانين. لِم لا تأتين إلى فيلور وتعيشين معنا؟ لدينا كمّ من العمل المناسب لك، حتى إنك ستكونين أقرب للمساعدة الطبية. سنعتني بك، أمي».

كانت دفاعاتي مقنعة تماماً، بالنسبة لي على أية حال. لم تنبس أمي بشفة، لتقول أخيراً: «بول، تعرف هذه الجبال. إذا ما تركتها، من سيساعد سكان القرى؟ من سيعالج جروحهم، ويقلع أسنانهم ويخبرهم عن اليسوع؟ إذا ما حلّ أحدهم مكاني، فإني حينها، حينها فقط سأتقاعد. وعلى أية حال، ما جدوى الاحتفاظ بهذا الجسد القديم إذا لم يُستخدم حيث يحتاجني الرب؟» وكان هذا جوابها الأخير.

كان الألم بالنسبة لأمي رفيقاً معتاداً، كان تضحيةً. أقول ذلك تلطفاً ومحبة، إلا أنّ السن الكبيرة لأمي لم تترك لها إلا قليلاً من الجمال الجسدي. الظروف القاسية، التي تضافرت مع السقطات المُشلّة، ومعاركها مع التيفوئيد والزحار والملاريا، جعلت منها امرأة مسنّة دقيقة العود محدودبة. أعوام من التعرض للرياح والشمس تسببت في سماكة بشرة وجهها حتى صار كجلد [الحيوان] المجعّد بتجاعيد عميقة وطويلة كما لم أرَ مثيله في أي وجه بشري. إيفيلين هاريس صاحبة الملابس الراقية والسيرة الرفيعة صارت ذكرى مفقودة في الماضي. تعلم أمي - كأي شخص آخر - أنّها رفضت خلال العشرين عاماً الأخيرة من حياتها الإبقاء على مرآة في منزلها.

وبكل ما أتحلى به من موضوعية يُمكن أن يتمثلها الابن، أستطيع القول صادقاً: إنّ إيفيلين هاريس براند كانت امرأةً جميلة، حتى النهاية. من أقوى الذكريات البصرية حضوراً في ذهني لها موقف لها في قرية في

الجبال، لربما كانت تلك المرة الأخيرة التي رأيتها فيها في بيئتها. لما اقتربت، هرع إليها القرويون لحمل عكّازاتها وحملها إلى مكانٍ مشرّف. في تلك الذكرى، كانت تجلس على بئرٍ صخريٍّ خفيضة تُغذي القرية، يتزاحم الناس حولها من كل جانب. كانوا قد استمعوا إليها وهي تثني عليهم لما فعلوه في حماية مواردهم المائية حتى إن البساتين ازدهرت في الأنحاء. كانوا يستمعون إلى ما كان عليها قوله حول حب الرب لهم. كانت الرؤس تهزّ موافقةً وتشجيعاً، ثم ظهرت الأسئلة العميقة والمتطلعة من الحشد. أشرقت عينا أمي الرميصتان، وبوقوفي إلى جوارها استطعت رؤية ما لا بد أنها ترى أنه صورة فشلها: نظرات الوجوه المغمورة ثقةً وتآلفاً الثابتة على من نشؤوا على حُبّها.

ما من كائن على وجه الأرض، كما أدركت حينها، يُمكن أن يحصل على مثل هذا التبجيل والحب من هؤلاء القرويين. كانوا ينظرون إلى وجهٍ متغضّنٍ نحيل، إلا أنّ أنسجتها الضامرة وبطريقة ما صارت شفافة حتى أمكن رؤية روحها النيّرة. بالنسبة لهم، وبالنسبة لي، كانت جميلة. غراني براند لم تحتج لمرآةٍ مصنوعةٍ من الزجاج وملمعةٍ بالكروم؛ إذ كانت تستطيع رؤية انعكاسها على الوجوه المتوهّجة حولها.

توفيت والدتي بعد أعوامٍ قليلةٍ لاحقاً، في عمر الخامسة والتسعين. اتّبع القرويون وصيتها حيث نصت على دفنها في قطعة قماشٍ بيضاء بسيطة ليعود جسدها إلى التراب فيغذي حياةً جديدة. روحها ظلت حيّة أيضاً، في كنيسةٍ وعيادةٍ والعديد من المدارس، وعلى وجوه آلاف القرويين في سلسلة الجبال الخمسة في جنوب الهند.

علّق زميلٌ مرة أنّ غراني براند كانت أكثر حيوية من أي شخصٍ قابله. وجدت الحياة لما منحتها. أما الألم، فهي تعرفه جيّداً، إلا أنه لا ينبغي للألم أن يُدمّر. لربما أمكن تغييره، الدرس الذي علمتني إياه والدتي ولن أنساه أبداً.

أما بعد

الجُذام والإيدز

بدأتُ في منتصف الثمانينيات من القرن العشرين بملاحظة تغيير مفاجئ لما كنتُ أتحدّث في المؤتمرات أو اجتماعات الكنائس. إذا ما فتحت الباب لتلقّي الأسئلة من الحضور، بدا أن الأسئلة غير المتعلقة - إلى حدٍّ ما - بموضوع الكلمة في ازدياد وتركّز على موضوع نقص المناعة المكتسبة «الإيدز» (acquired immunodeficiency syndrome AIDS) وكما لم تكن هناك أي مشكلة صحية في الأزمنة المتأخرة، بدا أنّ المرض الناتج عن عدوى فيروس نقص المناعة البشرية (human immunodeficiency) قد أشعل الخوف والقلق بين الشعب.

كما صرتُ أسمع من يجمع الجُذام والإيدز في السياق ذاته، فكما قال الجراح العام لاحقاً سي. إيفيريت كوب: «الإيدز هو الجُذام الحديث. هناك من الناس من لديه موقف من مرضى الإيدز كأولئك الذين كان لديهم موقف من مرضى الجُذام منذ مئة عام قد خلت». كانت عناوين الصحف أقل تهذيباً، ومنها هذا العنوان المدّوي: «ضحايا الإيدز هم مجاذيم اليوم!». جذبت هذه العناوين انتباه مرضاي في مدينة كارفيل بولاية لويزيانا، حيث صاروا [آنذاك] يُصنّفون رسمياً بأنهم يُعانون من

مرض «هانسين». يتذكّر العديد منهم لما كانت كلمة «مجذوم» تحمل من العار أكثر مما تحمله كلمة بذيئة، ولما كانت العدوى تمهّد لأرضية قانونية لنزعهم من محيط العائلة والأصدقاء وحبسهم في معتزل يبعد مئات الأميال عن منازلهم.

يحمل مرضاي مشاعر مختلطة حيال ضحايا الإيدز لتسميتهم «المجذومين الجدد». يكرهون طبعاً ذلك التصنيف المخوف الذي يبعث الذكريات من تلك الأيام الأصعب. وفي الوقت نفسه لربما كان لديهم نوع من الإحساس بالرضا النفسي الذي يكتمونه ذاك المتعلق بأنه حان دور مجموعة أخرى من الناس لتعرف كيف هو شعور العار الحقيقي. يعلمون أيضاً أن مرضهم لم يكن سيئاً حتى في المرضى كسوء هذا المرض الجديد. لا أحد يرغب في استبدال الدور مع مريض بالإيدز.

بينما أكتب هذه السطور - في عام ١٩٩٣م - كان عدد المصابين بالجُذام حول العالم يُقدّر بما بين ١٠ و١٢ مليوناً، يُساوي تقريباً عدد أولئك المتوقع إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية. إن هذا ضربٌ من الحظ المؤقت للإحصائيات: أعداد [المصابين] بالجذام في انحسار، بينما أعداد [المصابين] بفيروس نقص المناعة البشرية ما زال يزداد بمعدّل مُرعب. والأهم، أن لدينا علاجاً مُثبتاً للجُذام وللتحكم بالمرض، كل ما علينا هو استخدام الموارد على مستوى العالم؛ تذهب مبالغ كبيرة إلى أبحاث الإيدز وفيروس نقص المناعة البشرية أكثر بكثير مما صُرف على أبحاث الجُذام، إلا أنه وحتى هذه النقطة كل حلّ يفرط من بين أيدينا.

في نهاية مهنتي الطويلة في مجال طب الجُذام، أقول: إن لديّ مَطَلٌ رائع. اللغز المستتر الذي أحاط بالمرض المريع لسنوات انكشف في فترةٍ قصيرة. لطالما كانت من أعظم بهجاتي أن أرى الجُذام يُرخي قبضة مخالبه. في المنطقة التي قامت عليها فيلور، في الهند، حيث بدأت العمل أول مرّة مع مرض الجذام، كان عدد المرضى بالعدوى النشطة قد انحدر

من عشرة آلاف إلى ألف. رقم الحالات التي تُصاب بالمرض لم يتغير كثيراً ـ حيث تظهر تسعمئة حالة سنوياً ـ إلا أنّ نشر العلاج أوقف العدوى قبل أن يُعمل المرض عمله التدميري. أقل من ١ بالمئة من كل الحالات التي تم علاجها بالعقاقير المتعددة مرّت بانتكاسةٍ حتى الآن[١].

العمليات البنائية التي أجريتها كانت دقيقة للغاية ـ نقل الأوتار، وتبديلات الأنوف، واستزراع الحواجب ـ قلّت الحاجة إليها الآن. بالكاد أصدّق العكس إذا ما سرت على أراضي بعض «مستعمرات المجذومين» سابقاً حيث كانت نشطة نشاط خلايا النحل حيث مئات المرضى باختلاف مستويات تشوّهاتهم، وأرى بعض الذين كبرت سنهم يعيشون هناك أواخر أيامهم. بمعية العقاقير الفعّالة [المصنعة] اليوم، يُعالج أغلب المرضى في بيوتهم، وصارت «مستعمرة المجذومين» من الماضي. في أماكن مثل فيلور، بدأت وصمة العار الاجتماعية المريعة تختفي شيئاً فشيئاً أيضاً. تُدرك عائلة المريض ومعارفهم القرويون مرضه ولم يعودوا ينبذون من ثبتت إصابته.

إنّي أتطلع إلى اليوم الذي يجد فيه العاملون في مجال الإيدز الأدوات الفعّالة لاستخدامها في محاربة مرضهم كما فعل العاملون في طب الجذام الآن. في الوقت الحالي، وبينما أتأمل مهنتي في الطب، يأخذني العجب من التوازي كما التضاد بين هذين المرضين. إنّ علمي المرض المتعلّقين بمرض الجُذام والإيدز، [أي: باثولوجية المرضين] متشابهان قليلاً، إلا أنّ هناك العديد من أوجه الشبه في الطريقة التي استجاب فيها المجتمع الطبي والمجتمع لهما. التساؤلات المتعلقة

---

(١) تُمثّل فيلور خط المواجهة الأمامية في العمل في طب الجُذام. الوضع ليس وردياً للغاية في أنحاء أخرى من العالم. بالرغم من أنّ تكلفة شفاء مريض الجُذام مع برنامج مدته سنتان من العلاج بالعقاقير يُكلفُ أقل من مئتي دولار، إلا أنّ أقل من نصف من يعاني من الجُذام في العالم يستطيع الحصول على مثل هذا العلاج. (المؤلّف).

بالسياسة العامة، مثل الحجر الطبي والاختبارات الإلزامية، تواصل تسطيح النقاش حول الإيدز: لهذه السياسات تاريخ طويل في معركتها ضد مرض الجُذام، التاريخ الذي ينبغي علينا أن نتعلم منه.

سطوة وصمة العار

في عام ١٩٨٩م، حيث كانت بداية ظهور الإيدز في الوعي العام، توجهتُ في رحلتي الأولى إلى أرض الصين. كانت الزيارة تذكيراً صارخاً حول كيف كان الجُذام يُعامل لقرونٍ، والنظرة المشؤومة لما يمكن أن يحدث إذا ما مرضٌ كالجُذام ـ أو الإيدز ـ صار وصمة عارٍ شديدة حتى إنّ الأطباء يترددون في معالجته. بقيادة رجلٍ مهم اسمه ما هيدي (Ma Heide)[١]، خفّض مسؤولو الصحة العامة الصينيون عدد مرضى الجُذام النشط من ٥٠٠,٠٠٠ إلى ٧٠,٠٠٠، إلا أنّه لم تكن هناك أي محاولة لمنع الإصابات [التي يتعرض لها المجذومون] نظراً لانعدام الحساسية أو إصلاح تشوهات الأيدي والوجوه جراحياً.

مدفوعون بخوفهم، لم يجرؤ الأطباء على معالجة الجُذام. في رحلةٍ إلى نانجينغ (Nanjing) حيث أقمنا برنامجنا التدريبي في مركزٍ وطنيّ راقٍ لطب أمراض الجلد، لم يُسمح لأي مريضٍ بالجُذام بأن يدخل إلى غرف عملياته الحديثة. طلبت منا السُّلطات أن نُجري عملياتٍ تعليمية على الجُذام، ثم سألنا المتخصصين بطب أمراض الجلد ما إذا كنا نستطيع

---

(١) الأمريكي من أصول لبنانية، ما هيدي، ذهب إلى الصين طبيباً شاباً عام ١٩٣٣م. ووجد أن ظروف الفقر في شانغهاي رهيبة: يبيع الوالدان أولادهما للقطاع الصناعي ليعملوا تحت ظروف العمل الاستعبادية، والبنات للدعارة (بيت من كل أربعة عشر بيتاً كان بيت دعارة). انضم هيدي تدريجياً إلى الرئيس ماو (Mao) في حركته لونغ مارتش (Long March). لما نجح الشيوعيون في الصعود، كان أوّل أجنبي يصبح مواطناً في الصين الجديدة. بوصفه مستشاراً لوزير الصحة العامة، كان قد نظم حملة متكاملة ضد الأمراض الجنسية التناسلية حتى تقلصت هذه المشكلة في الصين، وهو الإنجاز غير المسبوق في التاريخ الطبي. وفي تلك النقطة، حوّل ما هيدي انتباهه إلى الجُذام. (المؤلّف).

استخدام غرف العمليات لديهم. بعد مشاوراتٍ طويلة، كانت الإجابة: «لا» حيث قالوا: إنّه يجب أن تُجرى عمليات الجُذام في مستشفى للجذام خارج المدينة.

لم أرَ شيئاً بدائياً بدائية «غرفة العمليات» في مستشفى الجُذام. كان فيها طاولة، لكن بدون حوض مناسب لغسل الأيدي، ولا أدوات مناسبة لأي شيء عدا البتر. كانت، في أصلها، قاعدة للفرم. بعد بتر ساق المريض، كان يدعمه أطباء الجُذام بأرومة خشبية، مثبتة في ساقه بقطعتي حديد ممتدين للأعلى. لا ريب أنه وبالنسبة لهؤلاء المرضى معدومي الحساسية ستظهر القرح سريعاً حيث القطع المعدنية المثبتة على جلودهم. المرضى الأقل حظّاً لا يتلقون أيّة أطراف صناعية؛ حيث يتّكئون على عصًى من ثلاث ركائز يدفعون بها أمامهم لإراحة الأرومة قبل الدفع بالساق السليمة للخطوة التالية.

في مدينة أخرى قريباً من نانجينغ كان هناك مستشفى حديث مخصص لجراحة اليد، إلا أنّه يطبق القواعد نفسها. ما من جرّاح يد رفيع المستوى يتفضل بمعالجة مريض الجُذام. روّع زوجتي [ترويعاً مخزياً] ما رأته في «عيادة العيون» في المجذمة، غرفة جرداء لم يدخلها طبيب عيونٍ أبداً. ٧٠ بالمئة من المرضى الذين فحصتهم ذلك المساء كانوا عُمياناً. كان يُمكن منع العمى عن كثير منهم بوضع القطرات اليومية من محلول الستيرويد.

أخشى أن الأثر الدائم الذي أحدثناه على التوجهات الصينية حيال مرض الجُذام كان ضئيلاً، ما زالت وصمة العار حجر عثرةٍ في طريق المعرفة. ذكرنا عبر تُرجماننا أنّ إحدى بناتنا متزوجة من مريضٍ سابق. أتى لنا التُرجمان لاحقاً وسأل إذا ما كان قد أخطأ في الترجمة. قال: إنّ شيئاً كهذا مستحيل، إذ ما من طبيب سيسمح لابنته بأن تتزوج من أصيب بالجُذام [سابقاً]. حاوطت مرّة بذراعي مريضاً للجذام ودلكت يده

لفحصها. تسارعت أنفاس الأطباء حولنا. قال لي أحدهم لاحقاً: إن ذلك الفعل أدهش الأطباء أكثر من أي شيء آخر قلناه أو فعلناه في الصين.

غالباً ما أتأمل في وصمة العار الفريدة التي لطالما ألصقها المجتمع الإنساني بالجذام، لتطال الآن الإيدز. عرفت عن أطفالٍ ممن حُبسوا في كهفٍ لسنوات، أو حُبسوا في غرفة العلّيّة. عرفت عن قرويين حرقوا كوخ مريضٍ بالجُذام ولاحقوا عائلته. رأيت بنفسي الأثر المُضر لمثل هذا الرفض على مرضاي المصابين بالجُذام. والآن، في الولايات المتحدة، أرى تاريخ مطاردات الرفض يعيد نفسه. يُطلق النار على منازل المصابين بالإيدز، ويُحظر على الأطفال الذهاب للمدارس. المثليّون المُصابون بفيروس نقص المناعة البشري تتخلى عنهم عائلاتهم؛ في الوقت الذي أحوج ما يحتاجون فيه إلى الدعم العاطفي يتلقون النبذ.

من أين أتت مثل وصمة العار المؤثرة هذه؟ يشي أصل هذه الكلمة [باللغة الإنجليزية] (Stigma) ببعض الأَمَارات. انحدرت هذه الكلمة من اللغة اليونانية، التي تعني أصلاً علامة على الجلد. أحياناً، كما في حالة الاستعباد، كانت تُحدث علامة باستخدام مكواة حديدية تُسمى «الوسم (Brand)» ليُحدث دلالته السلبية. من المثير أن الكلمتين [الإنجليزية والإغريقية]، آلتا إلى اتجاهين مختلفين. في الحين الذي بطُل فيه الاستعباد، ما زالت المواشي وغير البشر يُكوون، وفقد **الوسم** دلالته السلبية (الشيء الذي أنا ممتن له فعلاً!). تخصص الشركات اليوم كمية هائلة من المال ولفت الانتباه لاختيار أسماء وسوم. حتى إنّ كلمة **وسم** تخلّت عن جوانبها السلبية، لتتلقفها كلمة **وصمة** عوضاً عنها.

تغير استخدام **وصمة** تغيراً جذرياً. في الأزمنةِ الخالية، كان الأتباع الأتقياء لليسوع المسيح يُحدثون ندوباً في كفوفهم للتعريف ببعضهم حيث ندوب الصليب؛ كانوا يُحدثون هذه **الوصمات** (stigmata) بفخر، وليس بخزي. خلال حياتي، علمتنا كتب الطب أن نبحث عن الوصمات، أو

العلامات المرئية، للأمراض المختلفة. الآن، وبطبيعة الحال، غالباً ما صارت تستخدم الكلمة بمعنى سلبي. تخشى الأقليات ومن يعايش المعاناة ـ وحُقّ لهم ذلك ـ ذلك أن تطالهم **الوصمة**.

لربما كان ناجعاً، عند التفكير بالجُذام والإيدز، إعادة التفكير باستخدامنا الحديث لكلمة وصمة. من وجهة نظري كطبيب، هناك وصمة «جيدة» ووصمة «سيئة». في عملنا مع الجُذام، لم نأسف أن المرض يُعرّف بنفسه بطريقةٍ بصرية، ذلك أننا نعتمد على هذه الوصمات لتحديد من يحتاج إلى المزيد من الفحص والعلاج. التقدم المُذهل في السيطرة على الجُذام لم يكن ليحصل ما لم يكن هناك علامات تساعدنا على تحديد هذا البلاء.

لآلاف الأعوام اعتمدت المُجتمعات على الوصمات الظاهرة للوقاية من الوباءات. يُقدم العهد القديم تعليمات واضحةً للمصابين بأمراضٍ جلدية حيث كان القس يتعرّفهم ويعزلهم خارج البنيان لمنع المرض من الانتشار. أغلب المجتمعات كانت تضع المصابين بالجُذام تحت الحجر الصحي، خوفاً من انتقال العدوى.

مشكلة الوصمة أنّها تتقدم بسرعة من كونها جيدة لتصير سيئة، ثم يصبح من الصعب استعادة [ما فُقد]. يتضمن التاريخ البشري العديد من الأمثلة «للوصمة السيئة» التي تم التعبير عنها بطرق وحشيةٍ لا مُبررة. كان أمراء العصور الوسطى يجمعون الأقزام والوحوش والمحدودبين للمتعة الشخصية. كان الإغريق القدامى يقذفون بالمعوّقين من الجبال، واليابانيون القدامى كانوا يجرونهم على المسطحات الثلجية، وشعب الإسكيمو القديم يجرونهم على الطوف الجليدي (ice floes). لربما كنا أكثر تعقيداً وأكيس في الأزمنة الحديثة، إلا أنّ كلّاً منا ما زال لديه تصنيف غير واعٍ للأمراض والتشوهات التي تؤثر على مواقفنا حيال من يعاني. اليوم، نحتفظ لمن يعاني من الجُذام والإيدز وبضعة أمراضٍ أخرى بطبقة خاصة من الخوف والرفض.

المبالغة في ردود الفعل

غالباً في الطب، ما يبدأ خوفاً منطقي ومعقول يتحول إلى ردة فعلٍ مبالغٍ بها مؤذية وغير منطقية للحد الذي يُصعّب تجاوزه. يُقدم الجُذام خير مثالٍ [على ذلك]. بينما صار العلاج الفعال متوافراً، وبينما صارت حقيقة أنّ معدل نقل عدوى الجُذام منخفض معروفة، فقدنا نحن العاملين في الجُذام مخاوفنا. إلا أنه وفي أماكن مثل الصين، ما زال المجتمع الطبي متأخراً كثيراً، ويبدو أنّ الأمر سيستغرق من المجتمع أجيالاً للحاق **بالتقدم** المعرفي الذي أحرزناه فيما يتعلق بالجُذام. بدا أنّ «الوصمة السيئة» **تميل** لتظل طويلاً حتى بعد أن تختفي أسبابها.

في الهند، لما أرسلت بدايةً مرضى الجُذام المعافين إلى القرى، عادوا إلى المستشفى، طالبين عملياتٍ تجميلية لحواجبهم وأنوفهم. يُلاحقهم القرويون بوصمة العار؛ ذلك أنها ما دامت العلامات المرئية موجودة فهي تدل على أن المرض ما زال [ولم يُشف]، وإن لم تتسبب في أي خطر. المشكلة ذاتها تفسّر سبب كون المرضى في الولايات المتّحدة يتعنتون بخصوص تصنيفهم كمصابين بمرض هانسين، كلمة **الجذام** ترتبط بوصمة سيئةٍ للغاية بغض النظر عن كل ما نعرفه فيما يتعلق بالسيطرة على الجُذام، فإنّه يظل ـ ومعه الإيدز ـ ضمن قائمة قصيرة للغاية للأمراض التي تمنع المصاب بها من الدخول إلى الولايات المتحدة.

ليس لعدوى فيروس نقص المناعة البشرية، على خلاف الجُذام، أي علامات مرئية تُنبئ عن وجوده، في مراحله المبكرة على الأقل. ليس هناك «وصمة جيدة» لتحذّر الشريكين في العملية الجنسية المحتملة، أو لتساعد السلطات على السيطرة عليه وعلاجه. هذا الغياب لهذه العلامات يُصعّد من مخاوف المجتمع غير المنطقية، التي تُسهم في «الوصمة السيئة». يُحتمل أن يكون أي شخص ـ جار أو حبيب أو قريب ـ حاملاً لهذا الفيروس المميت. يتردد المصابون بعدوى فيروس نقص المناعة

البشرية في إجراء الاختبار أو طلب العلاج، خوفاً من معاناة العنصرية إذا ما تسرّب هذا الخبر.

إن الخطوط المتوازية ما بين الجُذام والإيدز تتضح عند مقارنة «الوصمة السيئة» المرتبطة بكل منهما. حاولت تحديد مصدر الوصمة المتطرفة التي تحيط بهذين المرضين. أعتقد أنه في كلتا الحالتين الوصمة تأتي من (١) أعراض المرض المُرعبة رعباً غريباً، و(٢) الخوف من العدوى، و(٣) الاعتقاد أن المرض لعنة من الرب.

الرعب الغريب من المرض

كتبتُ مطوّلاً عن الرعب المصاحب للجُذام، وأسميه أحياناً «الموت البطيء». إنّ المرض الذي يؤثر على اليدين والوجه لا يُمكن إخفاؤه بسهولة. في أيامه الأولى، قبل عقاقير السولفون، غالباً ما كان يؤدي الجُذام إلى مضاعفاتٍ قاتلة. كانت عُقيدات الجُذام تتكاثر داخل الأغشية الباردة لمجرى المنخار، سادّةً الأنف ومجبرة للمرضى على التنفس من الفم. ثم تخترق العُصيّات اللثة، مما يتسبب في إرخاء الأسنان ثم الانتشار في الحلق والبلعوم. أولاً، يصير الصوت أجشّ، ثم يواجه المريض صعوبةً في التنفس، وفي المرحلة الأخيرة تصبح عملية ثقب القصبة الهوائية (tracheostomy) هي الحل الوحيد لدخول الهواء (ما زالت تظهر ندوب هذه العمليات على بعض أوائل مرضاي في تشينغلبوت وكارفل).

لربما أدى الإيدز إلى مظاهر مرئية ـ مثل ورم ساركوما كابوسي (Kaposi's sarcoma) والتهاب القلاع (thrush) وسوء التغذية ـ وعادةً ما يكون قاتلاً، إلا أنّي أعتقد أن الرعب الغريب من هذا المرض منبعه شيء آخر. يُمثل هذا المرض نوعاً من عدم الوفاء الجسدي، حيث يفقد الجسد قدرته على التعامل مع أكثر المشكلات طبيعية. يتربص الخطر كل مكان: الإسهال، ونزلات البرد الشائعة. حاوط الجسم وظيفته الحيوية في حماية نفسه ضد الغزاة الخارجيين [وعطّلها].

في هذه النقطة، لا أستطيع تقديم أي أمل ملموس لمن يعاني من الإيدز، بعض ألمع العقول في العالم العلمي يحاولون كشف أسرار فيروس نقص المناعة البشرية، إلا أنّ الفيروس أثبت أنّه مراوغ. ما يمكنني فعله هو استحضار الأيام التي كان فيها الجُذام يُرى بالخوف والاشمئزاز نفسيهما. البحث المعملي لأشخاصٍ مثل بوب كوتشراين وباحثي العقاقير في كارفيل جنوا الثمار أخيراً. يُمكن شفاء الجُذام الآن، وحُجبت المخاوف منه. إني أدعو لليوم الذي نستطيع فيه قول الشيء نفسه عن الإيدز.

الخوف من العدوى

في كلا المرضين، يقوم الخوف من انتشار العدوى على الخرافة. ليس أيّ من المرضين معدياً للغاية، باستثناء بعض المجموعات المعرضة للخطر.

ينتقل الجُذام فقط إلى نسبة قليلة من الناس (حوالي ٥ بالمئة) ممن يفتقرون إلى المناعة الطبيعية. يُذيب قلبي أن أرى أماكن مثل فيلور، حيث يتوافر التدريب الجيد والوصول إلى رعاية صحية لمرضى الجُذام، وقد تلاشت منها الوصمة التي تعتمد على المخاوف المتراكمة من العدوى. تزوج أطفال مرضاي القدامى من غير المصابين، وهو شيء لا يمكن التفكير به قبل قرن. إلا أنّه يُضايقني أنّ الهيسيتريا [ضد المرض] لم تستكِن في أكثر الدول ثقافةً، هنا، ما زالت «الوصمة السيئة» تقاوم. وجدت جهلاً بالجُذام وخوفاً منه في دولٍ مثل اليابان والولايات المتحدة أكثر مما وجدته في الهند. قريباً، وتحديداً في عام ١٩٨٧م، خططت الحكومة لمعالجة مرضى الجُذام في العيادات الخارجية العامة للمرضى - في سان فرانسيسكو، حيث مركز حركة حقوق الإيدز ـ قد توقفت بسبب الاحتجاج الشعبي.

كما يعرف أكثر الناس الآن، ينتشر الإيدز فقط كنتيجة أنشطة محددة معروفة تماماً تتضمن تبادل سوائل الجسم. في واقع الأمر، وبالمقارنة مع الفيروسات الأخرى، نجد أنّه يصعب انتشار فيروس نقص المناعة البشرية.

وعليه، يُقال: إنّ المجموعة الرئيسية التي ينبغي أن تخشى العدوى هي تلك التي تمارس الجنس غير الآمن وغير الشرعي، أو من تكون في اتصال حميمي مع سوائل الشخص الآخر (عبر الإبر، على سبيل المثال).

مع احترامي [لطرح موضوع] الإيدز، ما زلت متحيراً وبصراحة من الطريقة التي يرتب فيها السياسيون الأولويات في مواجهة السياسة الطبيّة الرصينة، على كلا الجانبين. لقد استقطب الموضوع [كثيرين] حتى إنه بات من الصعب طرح الإيدز للنقاش دون أن يضع الشخص نفسه محامياً لمجموعةٍ أو أخرى. اتخذ الجانبان مواقف متصلبة، وما جرى إلا قدر ضئيل من المحادثات المجدية.

من جهة، يعيش كثير من الشعب خوفاً متصاعداً من تعرضهم للخطر. إن لدينا «لقاحاً» يمكن الحديث عنه، حيث يمنع انتشار الإيدز بين كثيرين. ولا يتطلب ذلك الامتناع عن ممارس الجنس، إنما الإخلاص لشريكٍ واحدٍ فقط. لم يسبق أن كان هناك وباء مخوف بهذا الحل البسيط. يعرف المجال الطبي هذه الحقيقة، إلا أنّ العديد يترددون في الإفصاح عن ذلك خوفاً من رد الفعل السلبي المتعلق بما يُسمى «التدخل في السلوك وأسلوب الحياة».

الفوضى الجنسية، وليس التوجه الجنسي، هو القضية الأساسية من وجهة نظر طبية. ولهذا السبب، أجد أنّ متبايني الجنس (hetrosexuals) ممن يستخدمون وباء الإيدز فرصةً «للطم على الشواذ» منافقون بينما هم أنفسهم ينخرطون في فوضى الممارسات الجنسية. في أفريقيا وأجزاء من آسيا، ينتشر الإيدز في المقام الأول عبر الاتصال بين متبايني الجنس.

ومن جهة أخرى، أعجبُ من الناشطين في الإيدز ممن لا يتوانون في التطرف في حماية من أصابته عدوى فيروس نقص المناعة البشرية. لمّا عايشت أثر «الوصمة السيئة» على مرضى الجُذام، أتفهم حق الفرد في الخصوصية ومقاومة الاختبارات الإلزامية. إلا أنّ هناك حقوقاً أخرى لا بد

من أخذها بعين الاعتبار أيضاً. لربما نقل الشخص الذي ثبتت إصابته بفيروس نقص المناعة البشرية فيروساً مميتاً إذا ما واصل استخدام الإبر غير النظيفة أو مارس الجنس غير الشرعي. باسم حماية الحريات الشخصية، تحتشد المجموعات في لوبيّاتها للإصرار على أن تظل حمامات السباحة العامة في سان فرانسيسكو متاحة حتى بعد وجود معلومات أولية عن أنّ وباء الإيدز صار معروفاً، ونتيجة لذلك، تعرض المزيد من الزوار [للعدوى]. في الوقت نفسه، عارضت هذه المجموعات إجراءات أخذ العينات لبنوك الدم.

صارت قضية الإيدز قضية مطروحة سياسياً حتى إنّه، وبينما يتطلب الإجراء الطبي المعياري الاختبار وتتبع التواصل [الجنسي] للأمراض الأخرى المنقولة جنسياً، القواعد لا تُطبق على فيروس نقص المناعة المكتسبة، وهو الفيروس الذي يشكل تهديداً أكبر. في بعض الولايات، ليس لجراح العظام الحق القانوني في طلب إجراء اختبار عدوى فيروس نقص المناعة البشرية قبل إجراء العملية. وعليه سيضع الجراح نفسه في خطر مميت لا يمكنه تحديده مسبقاً. لا أملك إلا التعجب مما إذا كان هذا الضغط المطّحن على الحقوق الشخصية للشخص المصاب بالعدوى لا يسهم في [تعزيز] «الوصمة السيئة» التي تحيط بالإيدز.

لعنة الرب

في أوروبا، جزء كبير من وصمة العار الموجهة للجذام تنبع من الترجمة البائسة لكلمة في الإنجيل اليهودي. في الواقع، الأعراض التي وُصفت في سفر اللاويين (Leviticus) بالكاد لها علاقة بالمرض الذي نسميه اليوم الجذام، إلا أنّه ومع الوقت توجّه غضب نحو **المجذومين** بصفة **الجذام** عيباً أخلاقيّاً، [أي] إشارة من حكم غيبي. في العصور الوسطى، كان القس، وليس الطبيب، يفحص الشخص المشتبه بإصابته بالجُذام. إذا ما تأكدت إصابته بالمرض، أُخذ إلى الكنيسة حيث يقرأ

القس «قُداس المجذوم» ثم ينثر التراب الطقوسي على رأسه، مُشيراً للموت قبل الموت. ويستمر [الطقس] المستهجن بحيث تُؤخذ الضحية إلى المقبرة لتشهد سدّ قبرٍ مفتوح، رمز دفنه، وإلى جواره القس مُرتلاً: «تذكّر أنك ميت بالنسبة للعالم، ليس لك منزلٌ ولا عائلة.. ولا شيء»، ثم يقرأ عليه القواعد القاسية التي ستحكم حياة من يعاني من الجُذام من تلك اللحظة. يجب عليه الكشف عن ممتلكاته وتركته. لن يستطيع أبداً الدخول إلى الكنيسة ولا السوق ولا الحانات ولا البيوت ولا أي مكان عام. لا يستطع المشي في الشوارع الضيقة أو التحدث إلى الأطفال أو أي شخص في طريقه. كان يُعطى زيّاً معروفاً ـ في فرنسا، كان يُخاط على الثوب حرف «L» [اختصاراً لكلمة الجُذام « lèpre» بالفرنسية] ـ ويُعلق جرسٌ أو خشخاشة لتصدر صوتاً إذا ما اقترب أحدهم. كان يُسمح له بامتلاك شيء واحد: جردل خشبي، بذراع طويل ليرفعه متسولاً الطعام.

لطالما حمل الجُذام وصمة اللعنة الإلٰهية؛ يقول محمد: «فرّ من المجذوم فرارك من الأسد»[1]، في كل بقاع العالم، وأظهر ما يكون في دولٍ مثل اليابان التي لم تعرف أبداً الإنجيل، كان يُرى أن المرض إشارة على حكم غيبي. الهنودس في الهند، حيث يرون تقليدياً أن الجُذام عقاب لجريمة ارتُكبت في الحياة السابقة، يُطبقون عقوبات قمعية تشابه تلك

(١) الحديث أخرجه البخاري في كتاب الطب، عن أبي هريرة ﷺ عن النبي ﷺ أنه قال: «لا عدوى ولا طِيَرة ولا هامة ولا صَفَر، وفرّ من المجذوم فرارك من الأسد»، وأحسن ما قيل في معناه: «أن المراد بنفي العدوى أن شيئاً لا يعدي بطبعه، نفياً لما كانت الجاهلية تعتقده أن الأمراض تعدي بطبعها من غير إضافة إلى الله، فأبطل النبي ﷺ اعتقادهم ذلك، وأَكَلَ مع المجذوم [كما عند أبي داوود أنه ﷺ أخذ بيد مجذوم فوضعها معه في القصعة وقال: (كل ثقة بالله وتوكلاً عليه)]؛ ليبين لهم أن الله هو الذي يمرض ويشفي، ونهاهم عن الدنو منه ليبين لهم أن هذا من الأسباب التي أجرى الله العادة بأنها تفضي إلى مسبباتها، ففي نهيه إثبات الأسباب، وفي فعله إشارة إلى أنها لا تستقل [بالتأثير]؛ بل الله هو الذي إن شاء سلبها قواها فلا تؤثر شيئاً، وإن شاء أبقاها فأثّرت» ابن حجر، فتح الباري (١٠/ ١٦٠) (المحرر).

المطبقة في أوروبا المسيحية. الهنودسي الجيد لن يلمس أي شخص يعاني من الجذام، ولن يدخل منزله، أو، في بعض الحالات، ينظر في عيني المجذوم. قانون المجذومين الرسمي في الهند، الذي ظل في كتب القانون حتى عام ١٩٨٤م، كان يُعاقب بالحجر الإلزامي أي شخص أصابته عدوى المرض.

بغض النظر عن الجهود المنبعثة في ربط مرض الجُذام بالمرحلة الأخيرة من مرض تناسلي، لم تكن هناك أي محاولة لتحديد العلاقة السببية ما بين السلوك والمرض. إنّ وجود مرضٍ بوصفه «موتاً بطيئاً» جليّاً للعيان كان يُتوقع من الوهلة الأولى أنّه دليل توبيخ من الرب. وبالطريقة نفسها، كان الطاعون الدملي (bubonic plague) في أوروبا يبثّ الحُزن في أعين العديد من الأنبياء حيث أشاروا إلى الدمامل بأنها أدلة على حكم الرب [على من أصيب بها].

كما لم يحصل ذلك من أي مرضٍ في الزمن الحديث، يشترك الإيدز مع الجُذام في وصمة اللعنة الإلٰهية. بالإضافة إلى ذلك فإنّه يقدم علاقة سببية مُباشرة بالسلوك، ويتمسك العديد من الأنبياء الذين أعلنوا عن أنفسهم [النبوة] يتمسكون بتلك الحقيقة. بالنسبة لبعض المسيحيين، فإنّه يظهر أن الإيدز يُجلّي العلاقة المباشرة بين السلوك وبين المعاناة بوصفها عقاباً، وغالباً ما يُطل هذا السؤال: هل أرسل الرب الإيدز ليكون عقاباً مُحدداً [للشيء محدد]؟

بوصفي مسيحيّاً لا أرى بالفوضى الجنسية وإدمان المخدرات والسلوكيات المسؤولة عن أكثر حالات الإصابة بعدوى نقص المناعة البشرية. أعتقد أنّ المجتمع قد وقّر توقيراً حكيماً الوصايا العشر (the Ten Commandements) والقواعد الشبيهة الأخرى بينما كان يعبر عن دوام الحقيقة الأخلاقية. نعم، وكما أوضحت في هذا الكتاب، فإنّي أقف ضد الدلالة التي تقول بأن الرب مسؤول عن تقسيم بعض الأمراض. إنّي أرى

في الوصايا العشر نوعاً ما «دليل المالك» لحياة صحية على هذا الكوكب، ولا يختلف عن دليل المالك الذي يصلني إذا ما اشتريت مركبة فورد. لي حرية العصيان الفاضح لتوصيات الدليل المتعلقة بتغيير الزيت دورياً، وإذا ما فعلت ذلك فإنّ عليّ تحمّل التبعات. إلا أنّه من الصعب القول: إنّ هذا حكم أو «لعنة» من فورد. إنّ هذا تبعة لسلوكي.

يمتعض البعض من القواعد الأخلاقية من الوصايا العشر، ويعتبرها قائمة عشوائية من القواعد؛ أي: طريقة الرب في إبعادنا عن الاستمتاع كثيراً. وأرى العكس تماماً: إنها وصفة لحياة صحية ممتلئة بالمتعة، حياة السلام. حصل أن اعتقدت أن المجتمع يكون أفضل على ما عليه إذا ما أتى اليوم الذي يوقّر فيه الرب؛ حين يحترم الأطفال الوالدين؛ حين تُحظر السرقة والقتل والزنا؛ حين لا يكذب الناس على بعضهم ولا يمدّون أعينهم لما يملكه بعضهم.

إني طبيب، ولست عالماً لاهوتياً، إلا أنه وبعد العيش في ثقافاتٍ مختلفة، فإني على استعداد لتشخيص الممارسة الجنسية **غير الشرعية** كمرض عصرنا الحالي. إنَّ الكلمة بالنسبة لي تحمل أكثر مما تحمله كدلالة جنسية: إنها تتضمن نوعاً من انعدام المسؤولية أو مبدأ المتعة (hedonism)[1]، روح «استمتع اليوم، وسيتولى الغد العناية بنفسه». نسير بالسياسة نحو هذا الطريق، نكوّم ديناً هائلاً سيدفعه أطفالنا وأحفادنا. إننا منعدمو المسؤولية تجاه البيئة، وقطع الغابات، وتضييع التربة السطحية (topsoil)، وحرق الهيدروكاربونات، والإخفاق في التعامل مع النمو السكاني. لربما قادت هذه السياسات إلى كارثة عالمية، إلا أنّي بالكاد أرى ذلك على أنه «لعنة» الرب. إذا ما حدثت كارثة ما، فإنّها ستكون من مخرجات السلوك غير الشرعي، غض الطرف عن دليل المالك.

---

(١) مبدأ المتعة (hedonism): مظلة عامة لكل النظريات التي تتمحور حول المتعة، ومنها نظرية أنّ المتعة هي الهدف الأساسي من الحياة. (المترجمة).

لا شك في أنّ الاختيارات السلوكية تؤثر على الصحة: تزيد البدانة خطر الإصابة بأمراض القلب، يزيد الشرب من خطر تليف الكبد، تزيد ممارسة الجنس غير الشرعية من خطر الإصابة بالأمراض التناسلية. أتفكر بالدكتور لوثير تيري (Dr. Luther Terry) الجراح العام الذي تحلى بالشجاعة ليُعلن أنّ السلوك الشعبي، التدخين، كان مؤذياً للصحة وينبغي حظره. إنّ السبب الذي يجعل من إعلانه هذا شجاعة هو أنّ الناس لا تحب أن يقال لها كيف تتصرف، إذ يُفضلون أن يسمعوا التالي: إذا ما أردت أن تدخن فعليك أخذ لقاح لتجنب أي أذًى محتمل، وإذا ما أصبت بسرطان الرئة فاذهب إلى الطبيب ليعالجها.

خلال الأعوام الخمسة والعشرين التي تلت تصريح لوثير تيري ضد التدخين، ظهرت بعض الأمراض المتعلقة بالسلوك، حتى مع بداية انحسار التدخين. الإيدز هو آخرها وأسوأها على الأرجح. يدافع كثيرون وبمثابرة ضد اعتبار أن الإيدز مرضٌ مرتبط بالسلوك، أما الحقيقة الواضحة فهي أنّ الإيدز لم يكن ليكون وباءً ما لم يكن بسبب سلوكيات مثل إدمان المخدرات الوريدية والممارسات الجنسية غير الشرعية. إنّ استجابة العموم لوباء الإيدز كانت متوقعةً: «عالجه، وخذ لقاحاً».

اليوم، يتحلى القليل بالشجاعة للقول بأن المشكلة مع الإيدز أغلبها سلوكي والحل الوحيد المتوافر الآن هو الحل السلوكي. لربما كان له بعض الجوانب الجيدة؛ ويقيناً له بعض الآثار السلبية، ويُلاحظ ذلك في ارتفاع الأمراض المنتقلة جنسياً (التي تنتشر في واحدٍ من كل خمسةِ أمريكيين) وتأثير جانبي حاد على الأطفال في البيوت المفككة. نعلم الآن أنّ مرضاً خطيراً ومهيمناً، ألا وهو الإيدز، قد أضيف للجانب السلبي من دفتر الحسابات.

لا يحب الناس الأطباء ولا السياسيين ولا حتى الدعاة في اعتراضهم على سلوكياتهم، وسأضيف النقطة التالية فقط لهذا النقاش: إنّ «دليل المالك» للأخلاقيات كان قد كُتب لمصلحتنا، وليس للحد من

حرياتنا. بدخولي العقد الثالث من الزواج، أستطيع القول دون أدنى تردد بأنّ فضيلة الإنسان الجوهرية المتعلقة بالإخلاص لشريك جنسي واحد هي أمتع طريقة للحياة. لطالما عشتُ متحرراً من خوف الأمراض المنتقلة جنسياً. لطالما وثقت بزوجتي ثقةً تامة، وكذلك هي. استطعنا تبادل الحب والالتزام والحميمية، الاستثمار طوال الحياة الذي عاد علينا ـ في هذه السن الكبيرة ـ بأرباحٍ طائلة.

اكتشف المدخنون السابقون إضافة عظيمة: لم يخفضوا فقط نسبة إصابتهم بسرطان الرئة وأمراض القلب؛ بل وجدوا أيضاً أن الحياة دون تدخين ممتعة أكثر. بإمكانهم صعود السلالم أو اللحاق بالحافلة دون اللهث أو الكح. تلك الرسالة الإيجابية ينبغي أن تكون منهجيتنا في الجدل المتعلق بالممارسة غير الشرعية للجنس أيضاً: الإخلاص هو الأفضل للجميع، وهو أساس حياة العائلة السعيدة.

بوصفي طبيباً مسيحيّاً، ينبغي أن أضيف سريعاً أنه أيّاً ما كنا نشعر حيال تجاهل القوانين الأخلاقية، فإنّ علينا دائماً أن نكون في طلائع أولئك الذين يأتون بالطمأنينة والمساعدة لمن يعاني من الناس. خدمت في مجلس منظمة إسمها ورلد كونسيرن «هموم العالم» (World Concern) التي تُدير برنامجاً ضخماً للإيدز في تايلند. هناك، أغلب المومسات، تم بيعهن في صفقة تجارية لمّا كنّ مراهقات، ويحملن الآن فيروس نقص المناعة البشرية وصرن مصدر خطر لزبائنهن. كيف ينبغي علينا الرد على مثل هؤلاء الضحايا؟ الجواب واضح بالنسبة لي. حين أحاضر أمام الأطباء المسيحيين حول موضوع الإيدز، فإنّي أتحداهم أن يتصرفوا بحنان، كما كان ليفعل اليسوع، وأن يسعوا في حاجة من يعاني. وضع اليسوع هذا النمط [السلوكي] عن طريق الوصول للمصاب بالجُذام **ولمْسه**، وهو تصرف ينم عن شجاعة خيالية هذه الأيام. لما قابل امرأة قُبض عليها متلبسةً بالزنا، ردّ قائلاً: «من كان منكم بلا خطيئة فليرمها بالحجر»، ثم التفت إليها، وهو الوحيد الذي بلا خطيئة، وعاملها برحمة.

أتذكر جيداً الخوف الذي شعرت به أيام الجراحة التجريبية على مرضى الجُذام. لم نعرف آنذاك المعدل المنخفض للإصابة بالجُذام، وكان يعيش العاملون في الصحة في خوفٍ قاتلٍ من الإصابة بالمرض. قرأتُ عن طبيبٍ من أوائل الأطباء في هاواي كان يحشو أنفه بالقطن، ويلبس قفازاتٍ مطاطية ليلاً ونهاراً، ويحبس نفسه خلال تضميد مرضى الجُذام. آخرون أدمنوا المورفين الذي يتناولونه لإخماد مخاوفهم. مجالي في جراحة العظام له مخاطره الخاصة ذلك أننا غالباً ما كان نعمل مع شظايا العظام. في الأعوام القليلة الأولى، كنت قد سجلت ثلاثة عشر خدشاً بالإبرة أو شظية العظم. أدركت لاحقاً أن هذه الحوادث، التي لم يكن لها آثار مرضيّة، أثبتت مناعتي الطبيعية ضد الجُذام.

إلا أنّي إذا ما عملتُ مع مرضى الإيدز، فإنّي سأعرض نفسي لخطرٍ أكبر، ذلك أنّ خدشاً واحداً من إبرةٍ أو شظية حادة من العظم بإمكانها أن تنقل فيروساً لربما كان قاتلاً بنسبة ١٠٠ بالمئة. حضرت لقاءً لرابطة علم العظام الجنوبية (the Southerm Prthopaedic Association)، واستمعت لمحاضرةٍ مُدهشة ألقاها د. أولي إدموندز (Dr. Ollie Edmunds) من كلية طب من جامعة تولين (Tulane Medical School). يُعالج د. إدموندز الأطفال المصابين بالناعور (hemophiliac) الذين أصيبوا بالإيدز عبر نقل الدم. قال: «هؤلاء الأطفال خاصون للغاية وتنشأ بيننا علاقة خاصة، لم أستطع تصنيفهم كمرضى، بغض النظر عن خطورة ذلك عليّ».

أدار د. إيدمونز نقاشاً حول كيف يمكن للجراح أن يحاول الوقاية من العدوى. وصف أحد الجراحين في الغرفة لبسه لكشتبانات (thimbles)[١] على أنامل أصابعه لتفادي خدوش الإبر. بينما ذكر الآخر

---

(١) الكشتبان (thimnle): أداة صغيرة كالغطاء تُلبس على الإبهام والسبابة خلال الخياطة لحماية الأنامل من وخزات الإبر. (المترجمة).

ارتداء زوجين من القفازات أحدهما من القطن على الأغلب، إلا أنّه أقر بأنّ الأجسام الحادة لربما اخترقت القماش كما تخترق المطاط.

خلال هذا السياق، عادت بي الذاكرة إلى أيام كلية الطب قبل خمسين عاماً. كنا حينها نخوض نقاشات مطولة حول كيفية انتقال العدوى في غرفة العمليات، لكن لسبب معاكس. في تلك الأيام التي سبقت اكتشاف المضادات الحيوية، كان المريض في خطر قاتل من انتقال العدوى التي لربما حملها الجراح. قُلبت الطاولة الآن: يشكل المريض خطراً على الجرّاح.

خلال أيامي تلك، كان أعظم خطر هو إلتهاب مخ النقي العنقودي (staphylococcal osteomyelotos). خلال إجراء العمليات على العظم وبغض النظر عن كل الإجراءات الوقائية، كانت الجرثومة العنقودية تنتقل أحياناً إلى الجرح وتتمركز في العظم. حدد الجراحون مصدراً عاماً لذلك: إذا ما حصل تشظٍّ في العظم أو خدشت الإبرة قليلاً أو قُطع القفاز المطاطي، فإنّ قطرة من عرق الجرّاح (الذي غالباً ما يحمل البكتيريا) لربما مرّ عبر الفتحة ولوّث العظم. وللوقاية من مثل هذا الخطر، كنا نُدرب على «أسلوب بلا لمس» في جراحة العظام.

كمبدأٍ عام، لا شيء لربما اتصل بالجرح يُمكن أن تصل إليه يدا الجراح ولا الممرضة، وإن كُسيت هاتان اليدان بالقفاز المعقّم. الممرضة الخاصة بالأدوات لا تلمس الأدوات أبداً. تلتقط الأداة بملقطٍ معقّم كبيرٍ وتمده للجراح. الجراح يمسك بنهاية هذا الملقط، حيث لا يلمس الجرح أبداً، ويستخدم نهاية الأداة بوصفها طريقته الوحيدة في الاتصال بالجرح. تدربنا تدريباً مكثفاً وصارماً على فن خياطة الجروح دون أيدينا داخل الجرح. حملنا الإبر بحاملات الإبر، وأمسكنا رأس الإبر بملقطٍ مختلف، ومررناها عبر النسيج. الآن، أستطيع اليوم عقد الخيوط بالملاقط بسرعة عقدي إياها بيدي. بعد تدريب طويل، صار إجراء العملية تدريباً جميلاً

يسيراً، وفي نهاية العملية كُنا جميعاً نرفع أيدينا مرتدين القفازات لنظهر أنه ما من دمٍ وصلها[1].

بطل اتباع هذا الأسلوب الصارم تدريجياً مع دخول البنسلين المشهد وإدراك العاملين في الصحة أنه حتّى وإن دخلت العنقوديات العظم، فإن البنسلين سيقضي عليها. إلا أني واصلت اتباع هذا الأسلوب في الهند أحياناً ودربت مساعديّ على ذلك. في الظروف الداخلية والخارجية، بالكاد كنا نواجه مشكلاتٍ متعلقة بالعدوى التي تسببها جراح العملية.

بينما كنت أسمع ذاك النقاش في لقاء رابطة اختصاصيّ العظام الجنوبية، حدّثتني نفسي أنّ «أسلوب الجراحة بلا لمس» ذلك، رفات من العمليات الجراحية التي كانت تُجرى منذ خمسين عاماً، لربما كان المناسب لجرّاحي اليوم ممن يجرون العمليات على مرضى الإيدز. في أيامنا تلك، كنا نتخذ مثل هذه الإجراءات الاحترازية للتأكد من أنه ما من جراثيمَ على أيدينا قد انتقلت إلى جرح المريض. واليوم، لربما منع الأسلوب نفسه جراثيم المريض من اختراق قفازات الجراح. ناقشت هذا الأسلوب مع أولي إيدمونز بعد اللقاء، بالرغم من أنه تدرب بعدي بكثير، لم يكن عارفاً بهذا الأسلوب القديم، واتفق أنه لربما كانت هذه فكرة جيدة لممارستها خلال إجراء العمليات على مرضى الإيدز. عرفتُ منذ

(١) لم تكن تعرف الهند عبارة **«للاستعمال مرة واحدة»** ولغاية اقتصادية كنا نستخدم القفازات نفسها مرة بعد مرة، ونعقمها بين كل استخدام والآخر. في نهاية اليوم الجراحي، كان طاقم التمريض في غرفة العمليات يجمع كل القفازات وينفخها كما البالونات ويمسك نهايتها ليحقق من وجود أي خروم بسبب الإبر أو قطوع، حيث ستظهر الفقاعات من خلاله إذا ما وُضعت تحت الماء. كانت الممرضة ترقّع كل خرم بأجزاء من المطاط المأخوذ من القفازات التي لم تعد صالحة للاستعمال. بمشاهدتي هذا الطقس على مر السنين، رأيت أننا نحن الجراحين نخرم قفازاتنا أكثر مما نظن. اليوم في الغرب يتم التخلص من كل القفازات بعد كل عملية جراحية، ومن النادر أن يعرف الجراح ما إذا ظلت القفازات سليمة أو لا. وجرياً على العادة، ما زلت أنفخ قفازاتي كلما نزعتها لأرى إذا ما كنت قد انتهكت أسلوب التعقيم. (المؤلّف).

ذلك الحين أنّ بعض كليات الطب قد ابتكرت نسخاً مختلفةً «لأسلوب الجراحة بلا لمس» لهذا السبب، وهذا مثالٌ على حكمة خدمة الماضي للحاجات الملحّة للحاضر.

قدم التاريخ الطويل للعمل في الجُذام دروساً أخرى لربما نفعت السياسة الطبية الحالية حيال مرض الإيدز. فعلى سبيل المثال، لما بدأ الخوف من وباء الإيدز يتسرب إلى الوعي العام، تعالت الأصوات «للحجر الصحي». لا أسمع الكثير من النقاشات حول الحجر الصحي هذه الأيام - بالرغم من أن شعب كوبا يفرض على ما يبدو حجراً صحياً صارماً على مرضاه الحاملين لفيروس نقص المناعة البشرية - إلا أنّ البعض يتعجب من عدم تأييد المجال الطبي لمثل هذه السياسة. بوضع قضايا حقوق الإنسان جانباً، أليست الطريقة الأكثر فاعلية لإيقاف انتشار الوباء هي عزل كل حاملي المرض؟

معالجة مرض الجُذام تقدّم نظرة مهمة. في هاواي، على سبيل المثال، يُشرّع قانون الوقاية من انتشار الجُذام «(the Act to Prevent the Spread of Leprosy) (١٨٦٥)» إيقاف المشتبه بإصابتهم بالجُذام، وكل من تثبت إصابته بالجُذام يكون عرضةً للنفي إلى مستعمرةٍ في كالاوبابا (Kalaupapa) على جزيرة مولوكاي (Molokai) ما بين عامي ١٨٦٥ و١٩٦٥م، لما وقف التعامل بتلك السياسة تماماً، كان قد أُرسل ما يقارب ثمانية آلاف يواجهون معاناة مرض الجُذام إلى كالاوبابا، بقي هناك ما يقارب مئة ناجٍ اليوم. بهذه الطريقة يتذكر مواطن من الهاواي، مؤلف أغانٍ وفنان في رقصة الهولا الشعبية (hula) أيامه في المنفى:

أتت الميليشيات مرة أخرى،

شيّعنا الجنود حتى وصلنا رصيف المرفأ للوداع.

كنّا نُسير كما السجناء ظاهرياً،

أما وإننا ضحايا الجُذام موسومون استعداداً للنفي.

منبوذون، منزوعون عن عائلاتنا وأحبابنا،

تُركنا وحدنا مع حرقتنا، مع حبنا.

سرت أمطار الدموع من أعين المجذومين.

تألّقت خدود المجذومين بقطرات الندى تحت الشمس.

لن ننظر أبداً لهذه الأرض على أنها لنا،

هذه المدينة الساحلية الحبيبة.

في هاواي؛ ككثير من الأماكن، حظرت السلطات الصحية الحجر الصحي ليس لاعتقادها أن خطر المرض قد انخفض؛ بل لأنّه ثبت أن الحجر الصحي ذو نتيجة عكسية. سمعت كثيراً من القصص التي تمثل هذه الحقيقة من مخضرمي مستشفى الجُذام في كارفيل. كان الناس الذين يلحظون أعراض الجُذام يختبئون ولا يبلغون الطبيب خوفاً من نقلهم إلى مستعمرة. أو لربما انتظروا حتى يكبر أطفالهم قبل الإبلاغ عن ذلك. ومن النتائج الساخرة للحجر الصحي، آنذاك، أنّ بعض حالات الجُذام لم تُكتشف وظلت احتمالية نقل العدوى منها للآخرين.

تاريخ الجُذام في إسبانيا يمثل وبوضوح التبعات غير المقصودة للحجر الصحي. تحت نظام حكم فرانكو (Franco)، كان لدى إسبانيا سياسة صارمة متعلقة بالإبلاغ الإلزامي. يجب على جميع مرضى الجُذام توثيق حالتهم لدى السلطات حيث يوجهون للعيش في مستعمرات. بعد وفاة فرانكو، غيّرت الحكومة هذه الأنظمة. في العام التالي تضاعف عدد الحالات المبلغ عنها. في العام الذي يليه، تضاعفت الحالات المبلغ عنها مرة أخرى. خلُص مسؤولو الصحة العامة إلى أنّه ثلاثة أرباع حالات الجذام في إسبانيا كانت خفية. سعى نصف هذه الحالات إلى العلاج في العام الأول لتغيير النظام، وانتظر نصفها الآخر عاماً آخر لرؤية ما إذا كان ذلك فخاً من الحكومة.

في الهند، شاركتُ في حملات واسعة النطاق ضد الجُذام وضد الأمراض والوباءات الأخرى المعدية أيضاً. كما وجدتُ أيضاً أن

محاولات عزل المرضى عادةً ما تفشل نظراً لمقاومة المرضى القوية للعزل القسري. يجد بعضهم دائماً طرقاً للهروب من السلطات وإخفاء مرضهم. خلُصت إلى أنّ أغلب حالات الحجر الصحي ليست ذات جدوى.

ومن جانب آخر، فإني أدعم تماماً الحاجة الوبائية **لتحديد كل حالة محتملة** لكل مرض معدٍ. يصير هذا تحدياً، كما في الجُذام (والإيدز)، عندما تتعارض رغبة المريض في السرية مع الحاجة الطبية الحقيقية للسيطرة على المرض. في أوّل الأمر بالهند كنا قد أنشأنا عيادة الجُذام منفصلةً عن عيادات المرضى الخارجيين في المستشفى. ووجدنا أنّ من وصلنا هم المرضى الذين يحملون علاماتٍ واضحة للمرض. الحالات المبكرة التي ما زالت لم تظهر عليها العلامات، أو لربما استطاعوا إخفاءها تحت الملابس، ما كانت لتظهر نفسها وتُعرف بأنها من «المجذومين»، وعليه، ظلوا مصدراً لنقل العدوى للآخرين، حتى خلال تطور المرض وعدم معالجته.

بدأت المراكز التبشيرية المتخصصة بمرض الجُذام بفتح «عيادات جلدية» مجّانية في المدن الحيوية وفي المستشفيات، حيث يمكن فحص كل المشكلات الجلدية ومعالجتها. لم يمضِ وقت حتى عرف مرضى الجُذام بأن الأطباء وطاقم التمريض في هذه العيادات يُمكن الوثوق بهم وعلى محافظتهم على السرّية، وعليه ذهبوا إلى تلك العيادات طوعاً ما إن يشكّوا بالمرض. ولسبب مشابه، فإني أدعم الحاجة إلى مراكز اختبار فيروس نقص المناعة البشرية «المجهول». ينبغي أن يثق من يقلق [من إصابته] بأنّ النتائج ستكون سرية، أما خلا ذلك، فإننا نبني حائلاً يعمل ضد هدفنا في تحديد العدوى النشطة.

رد الكنيسة

أحد أهم الاختلافات ما بين الجُذام والإيدز، الذي يؤلمني أكثر ما يؤلمني، هو رد الكنيسة المسيحية. بالرغم من أنّ الكنيسة أسهمت يقيناً في

الإزراء بحياة من يعاني من الجُذام برسالتها المتعلقة «بلعنة الرب»، فإنّها في الوقت نفسه تُربي أفراداً منها لقيادة الطريق إلى علاج [هذا المرض]. في العصور الوسطى، سخّر الأخوية الدينية أنفسهم للعناية بالجُذام، حتى القيادات العلمية في الأزمنة المعاصرة تميل لتكون لأطباء تبشيريين؛ ذلك أنهم كانوا وحدهم على استعداد للعمل مع مرضى الجُذام.

أتذكر تعليقاً من الأم تيريزا. كانت تدير عيادة لمرضى الجذام في كالكوتا (Calcutta) ودعتني للمساعدة في تدريب أخواتها. قالت لي: «لدينا العقاقير للناس المصابين بأمراضٍ من الجُذام، إلا أنّ هذه العقاقير لا تعالج المشكلة الرئيسية، ألا وهي أنّ المرض **غير مرغوب فيه**. وهذا ما تأمل أخواتي تقديمه».

جزء كبير من عملي في الهند تم تمويله من تبشيرية الجُذام في إنجلترا، المنظمة الأم لتبشيريات الجُذام الأمريكية. أتساءل أحياناً، لماذا لدينا مراكز تبشيرية مسيحية مخصصة وخالصة للجُذام؟ لا أعرف تبشيرية لمرض الرئة أو السكري. إن الجواب، بحسب ظني، يرتبط بوصمة العار البالغة التي تحيط بمرض الجُذام لسنواتٍ طويلة. إنّ العمل مع الجُذام يتطلب أكثر من الغريزة الطبيعية المتعلقة بالشفقة، إذ تتطلب نوعاً من النداء الغيبي. أناسٌ مثل الأب دامين (Father Damien)، الذي رعى مرضى الجُذام في هاواي ثم أصيب نفسه بالمرض، يعتقد أن البشر، بغض النظر عما ابتلوا به، ينبغي ألا يُنبذوا أبداً. كان للكنيسة أن ترعى المريض والمنبوذ والمكروه.

لما انتقلت إلى كارفيل في عام ١٩٦٥م، عرفت أنّ تاريخ الجُذام لتلك الجهة كان يشابه كثيراً العمل في مجال الجُذام حول العالم. أوّل سبعة مرضى، طوردوا في نيو أورلانز، تم تهريبهم على يد السلطات عبر الميسيسبي في سفينة للفحم. (في عام ١٨٩٤م، كانت قوانين الولايات المتحدة تحظر على المصابين بالجذام السفر على أي وسيلة من وسائل النقل العامة).

نزلوا في مزرعةٍ نائية مهجورة ادّعت ولاية لويزيانا أنّها ستبدأ فيها مزرعةً للنعام، حتى لا تخيف الجيران. ما زال هناك بعض غرف العبيد، ملأى بالفئران والخفافيش والثعابين. انتقل المرضى السبعة إلى مأوى «لويزيانا لَبير هوم (Louisiana Leepr Home) مأوى لويزيانا للمجذومين»، إلا أن الولاية واجهت صعوبة في توظيف عاملين للمجذمة. تطوّعت أخيراً «دوترز أوف شاريتي ـ (Daughters of Charity) بنات الخير»، وهي أخوية لراهبات كاثوليكيات. هؤلاء النساء الصالحات، تحت الاسم المستعار «ذي وايت كابس ـ (The White Caps) القبعات البيضاء» فعلوا كثيراً في بداية العمل. كُن يستيقظن قبل طلوع الشمس بساعتين للصلاة، يرتدين الأزياء الموحدة البيضاء المنشّاة في حرارة البايو، جففت الراهبات المستنقعات، ورصفن الطرق، وأصلحن المباني الجديدة للمجذمة. ما زال أتباعهن يخدمن في كارفيل لما عملت هناك منذ سنوات قليلة.

إني لآمل وأدعو لذلك أنّه وخلال مئة عام أو قريباً منها، لما يُكتب التاريخ النهائي لوباء الإيدز، أن تؤدي الكنيسة المسيحية دوراً نبيلاً مساوياً. رأيت حتى الآن قليلاً من الإشارات. الدعم الحكومي والعام للبحث يقدم الآن نوعاً من الخبرة العلمية في الإيدز التي كانت تقدمها المستشفيات التبشيرية للجذام ولا أرى حاجة أن تحاول الكنيسة استنساخ هذه الجهود. إلا أني أرى حاجة ملحة للكنيسة أنّ تسهم في تحطيم وصمة العار المحيطة بالإيدز وأن ترد بشفقة وكرامة. لما كانت خبرتي مع المرضى المجذومين، فإني أعرف الفرق الذي سيحدثه مثل هذا الرد.

مرة لما كنتُ أعيش في لويزيانا، رأيت مثالاً جميلاً لمحاربة الكنيسة «الوصمة السيئة». أتى مالك لمعرض أثاث في كاليفورنيا، الميسيسيبي، مع عائلة في كارفيل مغروروقاً بالدموع ومليئاً بالأسئلة. للتو تم تشخصيه بالجُذام وشعر وكأنها عقوبة الموت. من سيبتاع من معرضه مرة أخرى؟ هل سيصير قبيحاً ومشوّهاً؟ هل سيعيش؟ هل سيتمكن من إخبار عائلته الممتدة، وجيرانه وكنيسته أنه مصاب بالجُذام؟ جلست معه وأخبرته

بالحقائق المتعلقة بالجُذام، وفي أثناء ذلك عرفت أنّه كبيرٌ في كنيسته. وطلب مني إيصال هذا الخبر إلى جماعة الكنيسة، وأن يخفف من مخاوفهم حول العدوى. وافقت على العودة معه إلى كولومبيا، وعقدنا معاً عدة لقاءات مع جماعات الكنيسة. وبطريقة مُبهرة، تحالفت جماعة الكنيسة كلها مع العائلة. لم ينهَر عمل الرجل في الأثاث. وصارت كنيسته مركزاً للمعلومات حول الجُذام.

من ذكرياتي المفضلة حول احتضان الكنيسة لمريض بالجذام ذكرى لمريضٍ في الهند اسمه جون كارميجان (John Karmegan). أتى إلينا بحالة متقدمة حيث بالكاد استطعنا مساعدته جراحياً. إلا أننا قدمنا له مكاناً ليجلس فيه ووظيفة في مركز نيو لايف سينتر. كان جون مثيراً للمتاعب منذ البداية. بسبب بشرته الداكنة، كان قد تعرض لضغط العنصرية قبل أن يصاب بالجُذام، والآن، وبسبب الشلل، ينتج عن محاولاته الابتسام شيء يشبه النظر شزراً، مما يجعل الناس يردون غالباً بتقطيبة أو حركة تعبر عن الخوف، فعرف أن ليس عليه ألا يبتسم. زوجتي، مارغيريت، أغلقت أحد جفنيه جزئياً لتحمي بصره، وهذا ما جعل مظهره غريباً أكثر.

قبضنا على جون عدة مرات يسرق من الأولاد الآخرين في القرية. كان يعامل زملاءه المرضى بقسوة ويمارس عليهم سلطة كاملة، حتى إنّه نظّم إضرابات الجوع ضدنا. وبظن كل شخص تقريباً، لم يكن ليمكن إعادة تأهيله. ولم يكن ذلك ظن غراني براند. لربما ما جذبه إليها فقدانه لما لا يُمكن تعويضه، فتبنته كهدف خاص لعملها التبشيري. أخذته جون وقضت وقتاً معه، وصار تدريجياً مسيحياً. عمّدناه في حوض أسمنتي كان يستخدم لأدوات البناء. لم يكن للحديث ولا للتعميد أثر مباشر كبير على شخصية جون. صار له أصدقاء من بعض المرضى، إلا أن أعواماً من الرفض سمّمته حيال غير المرضى. يقول لي ولموظفي الصحة الآخرين: «يُدفع لك لقاء هذا العمل. ليس لأنكم مسيحيون أو لأنكم تهتمون بي.

إن ذلك لأنكم تتلقون مالاً. لا أحد يحب الوجه القبيح، لا أحد يريد مجذوماً». كرر جون يوماً الاتهام نفسه في كنيستنا على أراضي المجذمة. حيث قال: «يُدفع لكم للتعامل معي. هذا عملك. ماذا سيحصل لو ذهبت إلى المدينة؟ هل تعتقد أن الناس هناك سيسمحون لي بالدخول إلى كنيستهم؟» ليس لدي ما أجيبه به.

لم يمر وقت طويل حتى ذهبت إلى قادة الكنيسة التاميلية في فيلور وتحدثت إليهم عن جون. «يعرف كل أحد أن لديه الجُذام، إذ لديه وجهٌ مشوّه، وعيناه متردياتان، ويداه مخلبيتان للغاية. إلا أني أطمئنكم أنّ مرضه قد توقف، ولم يعد خطراً على أحد. ستسمحون له بالزيارة؟» وافق القادة على الزيارة. سألتهم «هل بإمكانه المشاركة [في القدّاس]؟» لعلمي أن تلك الكنيسة تستخدم كأساً مشتركةً [في الشرب]. نظر القادة لبعضهم بتردد، ناقشوا الموضوع مطولاً، إلا أنهم قرروا في النهاية أن بإمكانه المشاركة.

بعد أيامٍ قليلة، اصطحبت جون إلى الكنيسة، التي تقبع في مبنًى بسيطٍ بقرميدٍ أبيض نظيف سقفها حديدي متعوّج. كانت لحظةً موترة لكلينا. لا أستطيع تخيّل مدى الارتياب والصدمة التي لا بد أنّ مريض الجُذام يشعر بهما في محاولته للمرة الأولى دخول هذا النوع من الاجتماعات العامة. وقفنا معاً في مؤخرة الكنيسة. لم يُظهر وجه جون المشوه أي رد فعل، إلا أنّ ارتعاشته عكست اضطرابه الداخلي. دعوت بصمت ألا يُظهر أي عضو في الكنيسة رفضه.

بينما وقفت الجماعة لإنشاد الترتيلة الأولى، كان يجلس رجلٌ هندي وظهره للخلف وقد التفت نصف التفاتةٍ ورآنا. لا بد أننا كنّا زوجاً غريباً: أجنبيّاً أبيض يقف إلى جوار مريضٍ بالجُذام حيث بقع جلده متخالفة ومختلفة. حبست أنفاسي. ثم حدث ما حدث. أنزل الرجل كتاب التراتيل (hymnal)، وابتسم ابتسامة عريضة، وربّت على الكرسي (الفارغ) الذي بجانبه، داعياً جون لينضم إليه. لم يملك جون إلا أن يُذهل. بتردد، أخذ

يغاير بين خطواته غير المكتملة ليصل إلى الصف ويأخذ مكانه. أطلقت صلاة الشكر.

كانت تلك الحادثة نقطة تحول في حياة جون. العلاج الطبي والرعاية المشفقة والتأهل، كل خطوة ساعدت في شيء، إلا أنّ دعوة الغريب تلك لأخ مسيحي مشوّه ليكسر الخبز معه غيّرت جون حقّاً. خرج من ذلك الاجتماع مُشرقاً مبتهجاً.

بعد سنوات، لما انتقلت إلى أمريكا، زرت فيلور ونظمت رحلة جانبية إلى مصنع خُصص لتوظيف المعوّقين. أراد المدير أن يُريني آلة جديدة تُنتج براغي دقيقة لآلات الكتابة. بينما كنا نسير في المصنع المزعج، حيث تفوح رائحة الديزل، ناداني وأراد أن يُعرفني بموظفه اللامع صاحب الجائزة. هذا الرجل فاز لتوّه بجائزة الشركة السويدية للآلات الكاتبة (the Swedish Typerwriter Company) على مستوى الهند لإنتاجه أكثر الأجزاء بأقل الأخطاء.

لما وصلنا إلى محطة عمل موظف الجائزة، التفت ليحيينا فوجدتني أنظر إلى الوجه المتعطّن الذي لا يُمكن تخطئته لجون كارميجان. مسح الزيت عن يده القصيرة، وصافح يدي، مبدياً أبشع وأحب وأزهى ابتسامةٍ رأيتها. ثم عرض عليّ بعض البراغي الصغيرة والدقيقة التي نال عليها الجائزة لأنظر إليها عن قرب.

إنّ حركة بسيطة من القبول لا يبدو أنها ذات بال. أما بالنسبة لجون كارميجان، فقد كانت مصيرية. بسبب الحب الذي ظهر في كنيسة صغيرة في فيلور، تعافت جروح جون القديمة. لربما هي المرة الأولى التي يشعر فيها جون بأنه متحرر من الثقل الثقيل للخزي والرفض. شعر كأنه إنسان مرة أخرى. علامات مرضه ـ الوصمة ـ لم تتغير. إلا أنّ آيةً في العهد الجديد وضحت ما حصل: «الحب المثالي يطرد الخوف» كما أنّه طرد الوصمة بعيداً أيضاً.

شكر وعرفان

د. بول براند وفيليب يانسي اشتركا في تأليف كتابين سابقين هما «صُنع بعجبٍ وتخوّف (Fearfully and Wonderfully Made)» و«في صورته (In His Image)»، المنشورين عبر دار زونديرفان بَبليشينغ هاوس (Zondervan Publishing House)، فرعٌ عن دار هاربير كولينز (Harper Collins). كتب د. براند أيضاً كتابه «الموسم الأبدي (The Forever Feast)»، الذي نشرته دار سيرفانت بابليكيشنز (Servant Publications). بعض القصص المذكورة في كتاب المذكرات هذا تظهر بأشكالٍ مختلفة في تلك الكتب الأخرى، ويتقدم المؤلفان بالشكر والعرفان للناشرين على تعاونهم. كما نقرّ بأنّ كتاب دوروثي كلارك ويلسون (Dorothy Clarke Wilson) «الأصابع العشرة للرب (Ten Fingers for God)» كان مصدراً لا يقدّر بثمن.

إنّ المؤلفين ممتنان غاية الامتنان لمن أمدهما بالمشورة الحكيمة والضرورية في تحسين هذا المتن، وخصوصاً جوديث مارخام (Judith Markham)، تِيم ستافورد (Tim Stafford) وهارولد فيكيت (Harold Fickett) وبولين براند (Pauline Brand) وديفيد وكاثي نيلي (David and Kathy Neely)، ومحرري الكتاب، كارين رينالدي (Karen Rinladi) وجون سلون (John Sloan).

المصادر

Ackerman, Diane. A Natural History of the Senses. New York: Random House, 1990.

Berna, Steven. Pain and Religion: A Psychophysiological Study. Spring -field, Ill.: Charles C. Thomas, Publisher, 1972.

Brand, Paul. Clinical Mechanics of the Hand. Saint Louis: C. V.

Mosby Company, 1985.

Brand, Paul, and Philip Yancey. Fearfully and Wonderfully Made. Grand Rapids, Mich.: Zondervan Publishing House, 1980.

In His Image. Grand Rapids, Mich.: Zondervan Publishing House, 1984.

Brody, Saul Nathaniel. The Disease of the Soul: Leprosy in Medieval Literature. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 1974.

Callahan, Daniel. What Kind of Life: The Limits of Medical Progress. New York: Simon and Schuster, 1990.

Cannon, Walter B. The Wisdom of the Body. New York: W. W.

Norton and Company, 1939.

Cassell, Eric J., M.D. "The Nature of Suffering and the Goals of Medicine." New England Journal of Medicine 306, no. 11 (1982): 639-45.

Castillo, Stephani J. "Viewer's Discussion Guide for Simple Courage, a One - Hour Television Documentary." Honolulu: Olena Productions, 1992.

Christman, R. J. Sensory Experience. Scranton, Penn.: Intext Educational Publishers, 1971.

Cousins, Norman. Anatomy of an Illness as Perceived by the patient. New York: W. W. Norton and Company, 1979.

Human Options. New York: W.W. Norton and Company, 1981.

The Healing Heart: Antidotes to Panic and Helplessness. New York: Avon Books, 1983.

Head First: The Biology of Hope. New York: E. P. Dutton, 1989.

Dougherty, Flavian, ed. The Deprived, the Disabled, and the Fullness of Life. Wilmington, Del.: Michael Glazier, 1984.

Eccles, John C., The Human Mystery. New York: Springer -Verlag, 1979.

The Human Psyche. New York: Springer -Verlag, 1980. Eccles, Sir John, and Daniel N. Robinson. The Wonder of Being Human: Our Brain and Our Mind. New York: Free Press/ Macmillan, 1984.

Feeny, Patrick. The Fight against Leprosy. New York: American Leprosy Missions, 1964.

Frank, Jerome D. Persuasion and Healing. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1973.

Frankl, Viktor E. The Doctor and the Soul. New York: Alfred A.Knopf, 1965.

Grass, Günther, Show Your Tongue. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1988.

Greene, Graham. Ways of Escape. New York: Simon and Schuster, 1982.

Gregory, R. L., ed. Illusion in Nature and Art. New York: Charles Scribner's Sons, 1973.

Gregory, R. L. Eye and Brain: The Psychology of Seeing. New York: McGraw-Hill Book Company, 1978.

Hansel, Tim. You Gotta Keep Dancin'. Elgin, Ill.: David C. Cook Publishing Company, 1985.

Hardy, James D., Harold G. Wolff, and Helen Goodell. Pain Sensations and Reactions. New York: Hafner Publishing Company, 1967.

Harth, Eric. Windows on the Mind. New York: William Morrow and Company, 1982.

Hunt, Morton. The Universe Within: A New Science Explores the Human Mind. New York: Simon and Schuster, 1982.

Illich, Ivan. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. New York: Pantheon Books, 1976.

Jagadisan, T. N. Fulfillment through Leprosy. Tamil Nadu, India: Kasturba Kusta Nivaran Nilayam, 1988.

Kline, David. "The Power of the Placebo." Hippocrates (May/June 1988): 24 - 26.

Komp, Diane M. A Window to Heaven: When Children See Life in Death. G-rand Rapids, Mich.: Zondervan Publishing House, 1992.

Lankford, L. Lee. "Reflex Sympathetic Dystrophy." Rehabilitation of the Han-d: Surgery and Therapy, ed. by Hunter, Schneider, Mackin, and Callahan. St. Louis: C. V. Mosby Company, 1990, 763 -75.

Lapierre, Dominique. The City of Foy. New York: Warner, 1985.

Lewis, Thomas, M.D. Pain. New York: Macmillan Company, 1942.

Lipton, Sampson. Conquering Pain. New York: Arco Publishing, 1984. Loeser, John D. "Phantom Limb Pain." Current Concepts in Pain 2. no. 2 (1984): 3-8.

Lynch, James J. The Broken Heart: The Medical Consequences of Loneliness. New York: Basic Books, 1977.

Macfarlane, Gywn. Alexander Fleming: The Man and the Myth. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1984. Melzack, Ronald. "The Perception of Pain." Scientific American 233 (February 1961): 1-13.

The Puzzle of Pain. New York: Basic Books, 1973.

"The Tragedy of Needless Pain." Scientific American 262 (February 1990): 27-33. - "Phantom Limbs." Scientific American 264 (April 1992): 120-26.

Malzack, Ronald, and Patrick D. Wall. The Challenge of Pain, rev.ed. London: Penguin Books, 1988.

Menninger, Karl. M.D. The Vital Balance: The Life Process in Mental Health and Ilness. New York: Viking Press, 1963. Miller, Jonathan. The Body in Question. New York: Random House, 1978.

Moore, Henry Thomas. Pain and Pleasure. New York: Moffat, Yard and Company, 1917.

Mooris, David B. The Culture of Pain. Berkeley: University of California Press, 1991.

Muller, Robert. Most of All, They Taught Me Happiness. New York: Doubleday and Company, 1978.

Naipul, V. S. India: A Wounded Civilization. New York: Alfred A.Knopf, 19-77.

India: A Million Mutinies Now. New York: Viking Press, 1990.

Oatley, Keith. Brain Mechanisms. New York: E. P. Dutton, 1972.

Olshan, Neal H. Power over Your Pain -Without Drugs. New York: Beaufort Books, 1983.

Pace, J. Blair. Pain: A Personal Experience. Chicago: Nelson-Hall, 1976.

Peck, M. Scott. The Road Less Traveled. New York: Simon and Schuster, 197-8.

Penfield, Wilder, The Cerebal Cortex of Man: A Critical Study of Localization of Function. New York: Macmillan Company, 1950.

The Mystery of the Mind: A Critical Study of Consciousness and the Human Brian. Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1975.

Penn, Jack. The Right to Look Human: An Autobiography. Johannes burg: Hugh Keartland Publishers, 1976. Penrose, Roger. The Emporer's New M-ind: Concerning Computers, Minds, and the Laws of Physics. New York: Oxford University Press, 1989.

Register, Cheri. Living with Chronic Illness. New York: Free Press, 1987.

Russell, Wilfrid. New Lives for Old: The Story of the Cheshire Homes. London: Victor Gollancz, Ltd., 1980. Ryle, Gilbert. The Concept of Mind. C-hicago: University of Chicago Press, 1949.

Sacks, Oliver. A Leg to Stand On. New York: Harper and Row, 1984.

The Man Who Mistook His Wife for a Hat and Other Clinical Tales. New Y-ork: Simon and Schuster, 1985.

"Neurology and the Soul." The New York Review of Books (November 22, 1-990), pp. 44 -50.

Scarry, Elaine. The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World. New York: Oxford University Press, 1985.

Selye, Hans. From Dream to Discovery: On Being a Scientist. New York: Mc-Graw -Hill Book Company, 1964.

The Stress of Life, rev. ed. New York: McGraw-Hill Book Company, 1976.

Selzer, Richard. Mortal Lessons: Notes on the Art of Surgery. New York: Si-mon and Schuster, 1976.

Confessions of a Knife. New York: Simon and Schuster, 1979. Shenson, Douglas. "When Fear Conquers: A Doctor Learns abouts AIDS from Leprosy." New York Times Magazine (February 28, 1988), pp. 35-48.

Siegel, Bernie S. Love, Medicine & Miracles. New York: Harper and Row, 19-86.

Snyder, Solomon. "Matter over Mind: The Big Issues Raised by Newly Discovered Brain Chemicals." Psychology Today (June 1980), pp. 66 -76.

Soelle, Dorothy. Suffering. Philadelphia: Fortress Press, 1945.

Somervell, T. Howard. Knife and Life in India. London: Livingstone Press, 19-55.

Sontag, Susan. Illness as Metaphor. New York: Farrar, Straus and Giroux, 19-78.

AIDS and Its Metaphors. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1989.

Stacy, Charles B., Andrew S. Kaplan, and Gray Williams, Jr., and the Editors of Consumer Reports Books. The Fight against Pain.

Yonkers, N.Y.: Consumer Reports Books, 1992.

Stein, Stanley, with Lawrence G. Blochman. Alone No Longer. Carville, La.: The Star, 1974.

Szasz, Thomas S., M.D. Pain and Pleasure: A Study of Bodily Feelings. New York: Basic Books, 1957.

This Spreading Tree: The Story of the Leprosy Mission from 1918 to 1970. L-ondon: Leprosy Mission, 1974.

Thomas, Lewis. Late Night Thoughts on Listening to Mahler's Ninth Symph-ony. New York: Viking Press, 1983.

The Youngest Science: Notes of a Medicine -Watcher. New York: Viking Pres-s, 1983.

Tiger, Lionel. The Pursuit of Pleasure. Boston: Little, Brown and Company, 1-992.

Tournier, Paul. Creative Suffering. San Francisco: Harper and Row, 1982.

Valenstein, Elliot S. Great and Desparate Cures: The Rise and Decline of Psychosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness. New York: Basic Books, 1986.

Vaux, Kenneth L. This Mortal Coil: The Meaning of Health and Disease. New York: Harper and Row, 1978.

Veninga, Robert L. A Gift of Hope: How We Survive Our Tragedies. Boston: Little, Brown and Company, 1985. Wakefield, Dan. Returning: A Spiritual Journey. New York: Penguin Books, 1988.

Wall, Patrick D. "My Foot Hurts Me': An Analysis of a Sentence." Essays on the Nervous System; a Festschrift for Professor J. Z. Young. Oxford: Clarendon Press, 1984.

Wall, Patrick D., and Ronald Melzack, ed. Textbook of Pain.

London: Churchill Livingston, 1984.

Waylett-Rendall, Janet. "Therapists Management of Reflex Sympathetic Dystrophy." Rehabilitation of the Hand: Surgery and Therapy, ed. James M. Hunter, M.D., Lawrence H. Schneider, M.D., Evelyn J.

Mackin, P.T., and Anne D. Callahan, M.S., O.T.R. St. Louis: C. V. Mosby Company, 1990, pp. 787-89.

Weisenberg, Matisyohu, ed. Pain: Clinical and Experimental Per-spectives. St. Louis: C. V. Mosby Company, 1975.

Whitfield, Philip, and D. M. Stoddart. Hearing, Taste, and Smell: Pathways of Perception. New York: Torstar Books, 1984.

Wilson, Dorothy Clarke. Granny Brand: Her Story. Chappaqua, N.Y.: Christian Herald Books, 1976.

Ten Fingers for God: The Life and Work of Dr. Paul Brand. Grand Rapids, Mich.: Zondervan Publishing House, 1989.

Wolf, Barbara. Living with Pain. New York: Seabury Press, 1977.

Yancey, Philip. Where Is God When It Hurts? Grand Rapids, Mich. Zondervan Publishing House, 1990.

Zinsser, Hans. As I Remember Him: The Biography of R. S. Boston: Little, Brown and Company, 1940.

نبذة تعريفية

المؤلفان:

• الدكتور بول براند: ولد عام ١٩١٤م، وهو جرّاح يد متخصص في مرض الجذام، كان يعمل أستاذاً فخرياً للطب الإكلينيكي بقسم جراحة العظام، في جامعة واشنطن. توفي عام ٢٠٠٣م.

• فيليب يانسي: ولد عام ١٩٤٩م، يعمل محرراً عامّاً لمجلة «كريستيانيتي توداي» (Christianity Today)، وقد كتب اثني عشر مؤلفاً حازت جميعها على جوائز، كما حصل على جائزتين من جوائز كتاب العام التي تقدمها جمعية الناشرين المسيحيين الإنجيلية (ECPA) عن كتابيه «ما هو الشيء المدهش عن النعمة؟» (What is so amazing about Grace)، و«يسوع الذي لم أكن أعرفه» (The Jesus I Never Knew)، وقد تجاوزت مبيعات أربعة من كتبه أكثر من مليون نسخة لكلٍّ منها.

المترجمة:

آراك الشوشان، مترجمة وكاتبة من السعودية، من أعمالها: ترجمة كتاب (مشكلات الفلسفة)، لبرتراند رسل، الصادر عن دار عالم الأدب (٢٠١٦).

هبة الألم



خاض الدكتور "بول براند" تجربة عظيمة خلال عمله مع مرضى الجذام في الهند والولايات المتحدة الأمريكية، وقد خرج من هذه التجربة وهو على يقين جازم بأن الألم أحد أعظم الهبات الإلهية التي منحنا الله إياها!

في هذا الكتاب يحكي د. براند -بأسلوب روائي جذاب- قصته الملهمة من حياته المهنية التي امتدت قرابة خمسين عامًا، متعمقاً في تأمل أسرار الألم وأهميته لنا نحن البشر، ويحلل بالاشتراك مع فيليب يانسي معنى الألم وسبب وسبب حاجتنا إليه، كاشفاً عن زوايا جديدة في فهم "الألم" ربما تغيب عن الكثيرين. إنه كتاب يقول لك الكثير عن تلك النعمة التي لا يتمناها أحد منا، ولكنه لا يستطيع الاستغناء عنها.

مركز تكوين

* * *

«أخذت إجازة يوم من عملي الروتيني بالمكتب، وقرأت هذا الكتاب الرائع»
(بيل كلينتون، الرئيس الأمريكي الأسبق)

«...كتاب جميل ومرهف الحس عن الحياة... هناك الكثير الذي أودّ قوله عن هذا الكتاب، وماذا يمكن أن يعلمنا عن مداواة جميع ألوان الألم والتعايش معها والشفاء منها. وبما أن المساحة هنا محدودة فليس في مقدوري إلا أن أقول: اقرأه!»
(بيرني سيغل، مؤلف كتاب الحب والطب والمعجزات)

«كنت مفتونًا ومتعلمًا وملهمًا بكل صفحة من هذه المذكرات الرائعة التي قُدمت في لطافة غير مألوفة»
(ريتشارد سيلزر، مؤلف كتاب دروس فانية واعترافات سكين)

«هذا الكتاب ليس مجرد نقاش فلسفي نظريّ جامد عن الألم، بل هو تفسير حيوي وواقعي وملموس، وتجربة قراءة جيدة لأي إنسان»
(BOOKSTORE JOURNAL)



www.takween-center.com
info@takween-center.com
@takweencenter
/takweencenter

تكوين
TAKWEEN
للدراسات والأبحاث

مطابع الفسطاط الحديثة
al_fostat@yahoo.com

٥٠ ريال
13.5 $